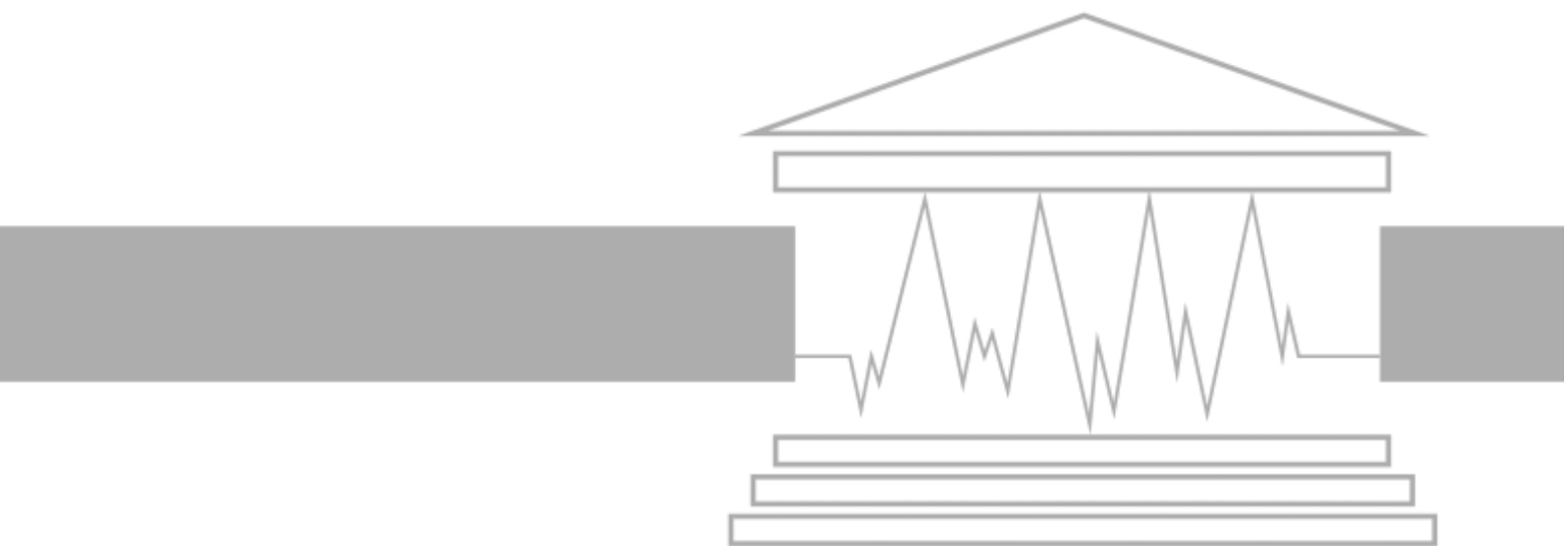




1/2022

სამედიცინო სამართლისა და
მენეჯმენტის ჟურნალი



გრუნი
გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტი
GRIGOL ROBAKIDZE UNIVERSITY



**იურიდიული
დახმარების
სამსახური**



ISSN 2720-8575

© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის იურიდიული
ფაკულტეტი, 2022

© გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, 2022

© ავტორები, 2022

სარედაქციო კოლეგია

იურიდიული მიმართულება

პროფ. გიგა ხუბუა (მთავარი რედაქტორი), თსუ, President of Steinbeis University
პროფ. ნუნუ კვანტალიანი (მთავარი რედაქტორი), გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
ასოც. პროფ. გიორგი რუსიაშვილი (მთავარი რედაქტორი), თსუ
პროფ. თამარ ზარანდია (მთავარი რედაქტორი), თსუ, იურიდიული ფაკულტეტის დეკანი
პროფ. ლადო ჭანტურია, თსუ, ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო
პროფ. მამუკა თავხელიძე, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორი
პროფ. გულნაზ გალდავა, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორის მოადგილე
პროფ. გიორგი მირიანაშვილი, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორის მოადგილე
პროფ. ქეთევან მჭადლიშვილი-ჰედერიხი, თსუ, Friedrich-Schiller-Universität Jena
ნათია გუჯაბიძე, სააპელაციო სასამართლოს მოსამართლე
ულრიხ ჰაგენლოხი, დრეზდენის უმაღლესი სამხარეო სასამართლოს ყოფილი პრეზიდენტი
პროფ. ოლაფ მუთჰორსტი, Freie Universität Berlin
პროფ. თადო ნინიძე, თსუ
პროფ. ბესარიონ ზოიძე, თსუ
პროფ. ზურაბ ძლიერაშვილი, თსუ, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, უზენაესი სასამართლოს მოსამართლე
ეკატერინე გასიტაშვილი, თსუ, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მოსამართლე
ნათია ჭკვალაძე, უზენაესი სასამართლოს ყოფილი მოსამართლე
ალექსანდრე იოსელიანი, თბილისის სააპელაციო სასამართლოს ყოფილი მოსამართლე
ასოც. პროფ. ლადო სირდაძე, BTU, knowledgeTools International GmbH
თეიმურაზ ბიგვაძე, იურიდიული ფირმა „ბიგვაძე ბატიაშვილი“
ზვიად ბატიაშვილი, იურიდიული ფირმა „ბიგვაძე ბატიაშვილი“
ასოც. პროფ. გიორგი სვანაძე, თსუ, MG Law Office
ხათუნა დიასამიძე, IRZ
რაჟდენ კუპრაშვილი, იურიდიული დახმარების სამსახურის დირექტორი
პროფ. მარინე კვაჭაძე, საქართველოს უნივერსიტეტი
პროფ. ზვიად გაბისონია, BTU, საქართველოს უნივერსიტეტი, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი
პროფ. ირმა გელაშვილი, საქართველოს უნივერსიტეტი
თამარ ტატანაშვილი, თსუ, „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ მთავარი იურისტი, ადვოკატი
დავით მაისურაძე, თსუ, იურიდიული ფაკულტეტის მთავარი სპეციალისტი

სამედიცინო მიმართულება

პროფ. გიორგი დულაშვილი (მთავარი რედაქტორი), გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
ანა თეგუთაშვილი (მთავარი რედაქტორი), გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლის დეკანი
პროფ. ნინო წილოსანი, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
ირაკლი გოგოხია, ამერიკული ჰოსპიტლის კლინიკური დირექტორი
ასოც. პროფ. ირაკლი სასანია, თბილისის სამედიცინო აკადემია, ჯანდაცვის ექსპერტი
როინ რეკვაძე, ამერიკული ჰოსპიტლის გულის რითმის მართვისა და ელექტროფიზიოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი
გოჩა ჩუტაყრაშვილი, სამედიცინო ცენტრ "ინოვას" კლინიკური დირექტორი
პროფ. ირმა მანჯაშიძე, თსუ, სამედიცინო განათლების ევროპული ასოციაციის ასოცირებული წევრი
პროფ. ზურაბ ორჯონიკიძე, თსუ, ქირურგიული სტომატოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი
ასოც. პროფ. ეპა ეკალაძე, თსუ, დიპლომირებული მედიკოსის ამერიკული პროგრამის დირექტორი
პროფ. დიმიტრი კორძია, თსუ, მედიცინის ფაკულტეტის დეკანი
პროფ. გიგა თომაძე, თსუ, საქართველოს ტრასპლანტოლოგთა ასოციაციის ხელმძღვანელი
ოთარ გახოკია, თსუ, ინგოროვას საუნივერსიტეტო კლინიკა

ტექნიკური რედაქტორი: **დავით მაისურაძე**
ენობრივი რედაქტორი: **ბელა ბალხამიშვილი**

სარჩევი

სარედაქციო კოლეგიისაგან

მილოცვა „სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალის“ რედაქციას <i>ქეთევან მჭედლიშვილი-ჭედრიხი</i>	1
„სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალის“ კონცეფცია <i>გიორგი რუსიაშვილი / ნუნუ კვანტალიანი / თამარ ზარანდია</i>	3

სამედიცინო სამართალი

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება და მისი დიგიტალიზაცია <i>ნუნუ კვანტალიანი / ლადო სირდაძე</i>	11
სამედიცინო ტრიაჟის სისხლისსამართლებრივი და კონსტიტუციური ასპექტები <i>გიორგი ხაზალია</i>	21
მიზანობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედოობით კაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას <i>შოთა მახათაძე</i>	35
ექიმის სახელშეკრულებო და დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძვლები და მტკიცების ტვირთი <i>ფიქრია ბაქრაძე</i>	53
მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა საქართველოში <i>თამთა ანთია</i>	90
გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის 630a-630h-ე პარაგრაფები – სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება <i>ფიქრია ბაქრაძის თარგმანი</i>	112

მედიცინის მენეჯმენტი

სამედიცინო შეცდომები და სისტემური მიდგომის მაგალითები მათი ანალიზისათვის <i>ირაკლი სასანია</i>	119
ინფორმირებული თანხმობა მედიცინაში <i>გიორგი დუღაშვილი</i>	125

მილოცვა „სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალის“ რედაქციას

მრავალდისციპლინური პერიოდული გამოცემის „სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალის“ დაფუძნება ქართველ მეცნიერთა და პრაქტიკოსთა ჯანსაღად ამბიციური პასუხია სამართალმცოდნეთა და ჯანდაცვის მუშაკთა წინაშე არსებულ თანამედროვე გამოწვევებზე. დღეს ქართველი იურისტები და მედიკოსები თეორიულ თუ პრაქტიკულ პრობლემებზე პასუხს ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად, ერთმანეთის პარალელურად და არა ურთიერთთანამშრომლობით ეძიებენ და პასუხიც, შესაბამისად, ხშირ შემთხვევაში განსხვავებული აქვთ. დასმულ კითხვაზე გაცემულ პასუხში კოგნიტიური შეღწევა სხვა დისციპლინის წარმომადგენელის მიერ კი ხშირად შეუძლებელია პროფესიული მეტაენის სირთულის გამო.

„სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი“ იქნება სწორედ ის აკადემიური სივრცე, სადაც შესაძლებელი იქნება დიალოგი სა-

მართლისა და ჯანმრთელობის დამცველთა შორის, სადაც შესაძლებელი გახდება კონკრეტული შემთხვევების განხილვის საფუძველზე ზოგადი პრინციპების შემუშავება არა მხოლოდ პაციენტის უფლებებისა და ექიმის ვალდებულებების დასაბალანსებლად, არამედ აგრეთვე სამედიცინო ხელოვნების წესების სრული დაცვით პროფესიული მოვალეობის შემსრულებელი, მაგრამ მაინც „დანის წვერზე მოარული“ ექიმის პროფესიული და პირადი თავისუფლების დასაცავად.

მოხარული ვარ, რომ შესაძლებლობა მეძლევა ვითანამშრომლო ამ მეტად საჭირო და მნიშვნელოვან პერიოდულ გამოცემასთან მედიცინის სისხლის სამართლის მიმართულებით არსებული გამოწვევების დასაძლევად.

მინდა, მივულოცო ყველა დაინტერესებულ მეცნიერსა და პრაქტიკოსს ეს ღირსშესანიშნავი აკადემიური მოვლენა და წარმატებები ვუსურვო ჟურნალის რედაქციას.

პროფ. დოქ. ქეთევან მჭედლიშვილი-პედრიხი

„სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალის“ კონცეფცია

სამედიცინო სამართალი და სამედიცინო მენეჯმენტი გადაჯაჭვული დარგებია – სამედიცინო მენეჯმენტში მოქმედი სტანდარტი მეტწილად განაპირობებს იმას, თუ რისთვის აგებს პასუხს ექიმი თუ კლინიკა, თუმცა, ამავედროულად, თავად სამართლის ზოგადი პრინციპებიც აყალიბებენ იმ ჩარჩოს, რომელიც შემდეგ დარგის სპეციფიკიდან გამომდინარე წესებითა და ინსტრუქციებით კონკრეტდება. ეს ინტერდარგობრივი სფეროები შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ორივე პროფესიის წარმომადგენლების ერთობლივი ძალისხმევით.

მედიცინის მენეჯმენტის, როგორც დარგის, განუვითარებლობა და პრაქტიკის მხრიდან მისი უგულვებელყოფა იწვევს იმას, რომ სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული მთელი რიგი რისკები გაუთვალისწინებელი რჩება, არ ხდება მათი გათვლა და პრევენცია, რაც, საბოლოო ჯამში, სასამართლო დავისა თუ სახელმწიფოს მხრიდან რევიზიის შემთხვევაში გაცილებით მეტ ფინანსურ და რეპუტაციულ ზიანს აყენებს სამედიცინო დაწესებულებას, ვიდრე თავიდანვე შესაბამისი მომსახურებით სარგებლობა. სამედიცინო დაწესებულებებისა და მედპერსონალის ნეგატიური პრესიდან გამომდინარე, რასაც განაპირობებს როგორც სოციალური ფონი, ისე არაპროფესიონალური მედია და სამედიცინო სამართლის, როგორც დარგისა და მყარი სტანდარტის მიმცემის, არარსებობა, იწვევს იმას, რომ სასამართლო პროცესზე მოსამართლე ხშირად ვერ ახერხებს დამოუკიდებელი და მიუკერძოებელი პოზიციის ჩამოყალიბებას. ამიტომ ექიმსა თუ სამედიცინო დაწესებულებას მთელ რიგ შემთხვევებში უწევთ პასუხი-

სგება ისეთი ქეისებისათვის, სადაც მათი ბრალი არ იკვეთება და პირიქით. ეს აზარალებს როგორც თავად სამედიცინო დაწესებულებებსა და მედპერსონალს, ასევე მთლიან სექტორს. ექიმის დაცვის მინიმალური გარანტიების არარსებობა უარყოფითად აისახება ასევე პაციენტებზე, ვლინდება გაუარესებული მომსახურების, გაზრდილი ტარიფების, გადაუდებელ შემთხვევებში პასუხისმგებლობის აღების შიშისა და მაღალკვალიფიციური მედპერსონალის უცხოეთში მიგრაციის სახით. ბაზარზე არ არსებობს ზემოთ აღწერილ ინტერესთა დაბალანსებისა და ასიმეტრიული დაწოლის გამაწონასწორებელი მექანიზმი.

„სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი“ მიზნად ისახავს ქვემოთ აღწერილი სამეცნიერო, თუმცა, ასევე, საგანმანათლებლო და, ზოგადად, დარგობრივი პოპულარიზაციისაკენ მიმართული აქტივობების მეშვეობით ამ დისბალანსის აღმოფხვრას და სხვადასხვა სოციალურ და პროფესიულ ჯგუფს შორის დიალოგისა და კოოპერაციისათვის საფუძვლის ჩაყრას. პირველ რიგში, ეს გულისხმობს სამედიცინო სამართალისა და მენეჯმენტის პრობლემატიკისადმი მიძღვნილი სამეცნიერო სტატიების შექმნას, კონკრეტულ აქტუალურ სამედიცინო-სამართლებრივი ქეისების დამუშავებას, სამედიცინო დაწესებულებებისა და მედპერსონალისათვის უმაღლესი ხარისხის იურიდიული მომსახურების კონცეფციის შემუშავებას და ამ მიზნისადმი მიძღვნილ აკადემიურ სტატიათა ციკლის შექმნას. მოცემულ თემატიკას ნაშრომებს უძღვნიან სამედიცინო და იურიდიული სამეცნიერო წრეების წარმომადგენლები, ამ სფე-

როს ტოპ-მენეჯერები, პრაქტიკოსი ექიმები და იურისტები. სამეცნიერო აქტივობის ერთ-ერთი მიმართულება იქნება, სხვადასხვა სახელმწიფო საზედამხებელო ორგანოსთან ურთიერთობის სტრატეგიისა და კონკრეტული მოდელების შემუშავება, კონკრეტული დოკუმენტების ფორმების შემუშავების ჩათვლით. ზემოთ აღნიშნული დარგების პოპულარიზაცია და სამეცნიერო ლობიზმი: ტელე და სოცმედიის მეშვეობით სხვადასხვა პოპულარული ფორუმის შექმნა, სადაც მედპერსონალი, პაციენტები და იურისტები ისაუბრებენ საკუთარ პრობლემებზე; სამეცნიერო ფორუმების ორგანიზება, რომელიც ზემოთ აღნიშნულ ჯგუფებს დააკავშირებს სასამართლო სექტორთან.

I. ჟურნალის სამომავლო როლი სამედიცინო სამართლის განვითარებაში

1. სამედიცინო სამართალი, როგორც სამართლის დამოუკიდებელი დარგი

საქართველოში სამედიცინო სამართალს, რომელიც ყველა განვითარებულ მართლწესრიგში სამართლის დამოუკიდებელ დარგს წამოადგენს, ჯერ კიდევ არ შეუძენია დასრულებული კონტურები და მხოლოდ ჩამოყალიბების პროცესშია. ეს პროცესი რეალურად ძალიან ინერტულად მიმდინარეობს. სამართლის ჩამოყალიბებელ დოგმატიკას ახასიათებს დაუშვებელი უკიდურესობები და მერყევი პერსპექტივა. ამის ერთ-ერთი ნათელი მაგალითია ის ფაქტი, რომ ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში დღემდე არაფერია, ტრიალებს თუ არა ექიმის პასუხისმგებლობის ბრალის მტკიცების ტვირთი ექიმის საწინააღმდეგოდ. კერძოდ, ის, რომ ექიმი ბრალეულად მოქმედებდა, უნდა ამტკიცოს პაციენტმა თუ ეს ბრალი ივარაუდება და ექიმმა უნდა იმართლოს თავი, ანუ უნდა დაამტკიცოს, რომ პაციენტის დაზიანება მისი ბრალის გარეშე მოხდა. ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში მოიპოვება გადაწყვეტილებები, რომლებიც ამ საკითხს როგორც ერთი, ისე მეორე მიმართულებით წყვეტს.

ა) სამედიცინო სამართალი – დისკურსი სამართლისა და მენეჯმენტის მიჯნაზე

სამედიცინო პროცესის ორგანიზება, რასაც შეისწავლის მედიცინის მენეჯმენტი, არის ერთ-ერთი ურთულესი სოციო-ეკონომიკური ურთიერთობა, რომელსაც სამართალი არა მხოლოდ გარედან აწესრიგებს, არამედ პირდაპირ იჭრება მასში და ხდება მისი მაკონსტრუირებელი ფაქტორი – ამ პროცესის ეფექტიანი ორგანიზება მეტწილად არის დამოკიდებული იმ ნორმატიულ-რეგულატორული ჩარჩოს ცოდნაზე, რომელიც არეგულირებს ამ პროცესს. თუმცა, თავის მხრივ, ეს ჩარჩოც კონსტრუირდება იმ სპეციფიკის გათვალისწინებით, რომელიც ახასიათებს მედიცინის მენეჯმენტსა და ზოგადად მედიცინის მეცნიერებას. მაგალითად, ვერც ერთი იურისტი დამოუკიდებლად, სპეციფიკური სამედიცინო ცოდნის მოშველიების გარეშე, ვერ გასცემს პასუხს შეკითხვას, თუ კლინიკაში რამდენი დღე უნდა გააჩეროს პაციენტი პასუხისმგებელმა ექიმმა ბრმა ნაწლავის ოპერაციის შემდეგ. თუმცა ზუსტად ასევე, არც ერთ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელს არ ძალუძს გასცეს პასუხი შეკითხვას, უნდა აგოს თუ არა ექიმმა/კლინიკამ პასუხი იმისათვის, რომ პაციენტის გაწერა უმიზეზოდ დააყოვნა ორი დღით და სწორედ ამ დამატებით დღეებში მას კორონავირუსი შეეყარა და გადაიცვლა. რადგან კაუზალობა არის ნორმატიული კატეგორია სამართლის მეცნიერებიდან და განისაზღვრება არა მხოლოდ იმის მიხედვით, თუ რა არის სავარაუდო, არამედ, თუ რის დაცვას ემსახურება „ნორმის/ვალდებულების დაცვითი მიზანი“, რომელიც დაირღვა პაციენტის კლინიკაში უმიზეზოდ დაყოვნებით.

სამედიცინო პროცესი იწყება პაციენტის უშუალოდ კლინიკაში ვიზიტამდე გაცილებით უფრო ადრე და მოიცავს უამრავ კომპონენტს; პაციენტს უწევს სხვადასხვა ტიპის ურთიერთობაში შესვლა, რომელზეც პასუხისმგებელნი არიან განსხვავებული პირები და ინსტიტუციები, დაწყებული – კლინიკის დამლაგებლით და სანიტარიაზე პასუხისმგებელი პირით, გაგრძელებული – სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულა-

ციის განმახორციელებელი ექიმებითა (დიაგნოსტიკოსი, მკურნალი, ოპერატორი თუ პოსტოპერაციულ პერიოდზე პასუხისმგებელი ექიმი) თუ კლინიკის ადმინისტრაციით, დამთავრებული – თავად კლინიკის, როგორც იურიდიული პირის თუ სადაზღვეო კომპანიის პასუხისმგებლობით. ეს არის უაღრესად კომპლექსური პროცესი, რომელშიც ჩართულია სხვადასხვა პირი: სხვადასხვა სამედიცინო პროფილის თუ, საერთოდ, დამხმარე ფუნქციის (მაგ., სამედიცინო აპარატურის დამმონტაჟებელი) მქონე პერსონალი და რომელიც რეგულირდება უამრავი სპეციფიკური რეგულაციითა თუ ინსტრუქციით, რომლებიც ქმნიან დარგს სახელად სამედიცინო მენეჯმენტი.

ის, რომ სამედიცინო პრაქტიკას ყველა პრობლემური შემთხვევის შესაბამის სამედიცინო კატეგორიებში მოქცევა შეუძლია, ჯერ კიდევ არ ნიშნავს, რომ სამართალიც ამ კატეგორიებს გაიზიარებს, რადგან სამედიცინო კატეგორიები ჯერ უნდა „ითარგმნოს“ სამართლის ენაზე, შეიქმნას საერთო სემანტიკური ველი და მხოლოდ ამის შემდეგ შეუძლია მათი გამოყენება სამართალშემფარდებელს. მაგალითად, სამედიცინო მანუალების მიხედვით უშეცდომოდ გაკეთებულმა ოპერაციამაც შეიძლება გამოიწვიოს ექიმის/კლინიკის პასუხისმგებლობა, თუ სასამართლო ჩათვლის, რომ ექიმი ან კლინიკა მოცემულ შემთხვევაში ბრალის გარეშე აგებს პასუხს; იმის დადგენის გარეშე, წარმოადგენს თუ არა ტრანსპლანტი სამოქალაქო სამართლის გაგებით ნივთს ან სისხლის ბანკში შენახული სისხლი - პროდუქტს სამოქალაქო კოდექსის 1009-ე მუხლი მიხედვით, შეუძლებელია იმის გარკვევა, თუ რა მასშტაბით დგინდება მისი ნაკლოვანება და ა. შ.

ბ) მედიცინის ენისა და კატეგორიების ტრანსლაციის აუცილებლობა სამართალში

მედიცინის მენეჯმენტისა და ზოგადად მედიცინის ენა იურისტებისათვის მიუწვდომელი რჩება, გამომდინარე იქიდან, რომ ეს არის მეცნიერების სხვა დარგი და იურისტი მას ვერ აითვისებს, თუ დამატებით სამედიცინო განათლება

არ აქვს მიღებული. რისი ფუფუნებაც ქართველი იურისტებს არ აქვთ, განსხვავებით, მაგალითად, განვითარებული ქვეყნების იურიდიული პროფესიის წარმომადგენელთაგან, სადაც, ჩვეულებრივი მოვლენაა, რომ სამედიცინო სამართლით, საპატენტო სამართლითა და მსგავსი სპეციფიკური სფეროთი დაკავებული იურისტი ფლობს ასევე მედიკის ხარისხს, რომელიმე ზუსტი და საბუნებისმეტყველო დარგის ხარისხს და ა. შ. გარდა ამისა, უცხოეთში გავრცელებული პრაქტიკაა სასამართლოს შიგნით სამედიცინო დავებზე სპეციალიზებული სენატების არსებობა, რომლებიც მხოლოდ ამ ტიპის დავებს განიხილავენ და დაკომპლექტებულია სამედიცინო განათლების მქონე მოსამართლეებით. იგივე ითქმის ადვოკატებზე, რომლებიც ამ დავების მოგვარებით არიან დაკავებულნი. ამგვარ მოცემულობაში სამედიცინო სამართლის განვითარებისათვის ბიძგის მიმცემი სწორედ პრაქტიკაა, განსხვავებით საქართველოსაგან. ქართველ მოსამართლეს, რომელსაც ერთდროულად იმდენი საქმე აქვს გადასაწყვეტი, რამდენიც გერმანელისათვის რამდენიმე წლის გემას შეადგენს, არ აქვს ფუფუნება, იკითხოს და ჩაუღრმავდეს სამედიცინო სფეროს სახელმძღვანელოებს. ამის გარეშე კი რჩება მოცემულობა, რომ სამედიცინო მენეჯმენტი და, ზოგადად, სამედიცინო სფერო მოსამართლისა და ადვოკატისათვის არის უცხო სისტემა, რომელიც ჯერ უნდა ითარგმნოს იურისტისათვის გასაგებ ენაზე და მხოლოდ ამის შემდეგ არის შესაძლებელი სამართალშემფარდებლის მიერ მისი გამოყენება სუბსუმციისას. „თარგმნის“ ეს მნიშვნელოვანი მისია საქართველოში სწორედ სამართლისა და სამედიცინო მენეჯმენტის მეცნიერებებმა უნდა იკისრონ.

სამედიცინო კატეგორიების ამგვარი „თარგმნა“ სამართლის ენაზე საქართველოში ჯერ არ მომხდარა. ეს გაურკვევლობა კი აზიანებს მოცემული ურთიერთობის მონაწილე ყველა მხარეს და კრავს მანკიერ წრეს: ერთი მხრივ, კლინიკები და ექიმები თავდაცვის მიზნით სხვადასხვა გზით (მათ შორის სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების პირობებით) მაქსიმალურად ცდილობენ გამორიცხონ პასუხისმგებლო-

ბა, რასაც შემდეგში სასამართლო აბათილებს, როგორც დაუშვებელ სტანდარტულ პირობას და რაც, ამგვარად, ამოცდვას წარმოადგენს; მეორე მხრივ, პაციენტებმა რეალურად არ იციან, როდის შეუძლიათ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნა ექიმისაგან თუ კლინიკისაგან, რაც წარმოშობს დაუსაბუთებელი სარჩელების დაუსრულებელ რიცხვს და აკარგვინებს ორივე მხარეს დროით და ფინანსურ რესურსს. ცალკე საკითხია ის, რომ ქართულ სამართალში ასევე დღემდე არ არის ბოლომდე გარკვეული, თუ სამედიცინო მომსახურების რა ხარვეზი შეერაცხება კლინიკას გადაცდომად და რა ფაქტობრივი წინაპირობები წარმოშობს პასუხისმგებლობას. ზემოთ ხსენებული ეს ორი პრობლემა მხოლოდ სამაგალითო ხასიათს ატარებს და უმცირესი ნაწილია პრობლემათა იმ გროვიდან, რომელსაც ქართული სამედიცინო სამართალი ეწოდება, და რაც რეალურად ხელს უშლის მის დამოუკიდებელ დარგად ჩამოყალიბებას, საკუთარი გამოკვეთილი დოგმატიკით.

სამედიცინო სამართალი არის სამართლის ის ნაწილი, რომელიც დაკავებულია ამ ორი სფეროს – სამართალი და სამედიცინო მენეჯმენტი (და ზოგადად მედიცინის მეცნიერება) – მორიგებით, გარკვეული გაგებით ჰიბრიდული, დარგთაშორისი სისტემის შექმნით, სადაც სამედიცინო კატეგორიები ქმნიან შინაარსობრივ მდგენელს, ხოლო სამართლებრივი ცნებები იმ ჩარჩოს, ყალიბს, რომლის შევსებაც ხდება ამ შინაარსით. მაგალითად, თუ, კანონში წერია, რომ ხელშეკრულების მხარე პასუხს აგებს უხეში გაუფრთხილებლობისათვის, იმ საკითხის გადასაწყვეტად, შეიძლება თუ არა ამ წესის ქვეშ შემთხვევის სუბსუმცია, როდესაც ხელშეკრულების შემთავაზებელმა ვერ უზრუნველყო კლიენტის ხელმოწერა, აბსტრაქტული მასშტაბი და პრინციპები არ გამოდგება. ერთია, როდესაც ბანკის კრედიტ-ოფიცერს ავიწყდება მსესხებლისათვის ხელმოწერის აუცილებლობაზე მითითება და მეორეა, როდესაც ექსტრემალურ სიტუაციაში ექიმს ავიწყდება მოაწერინოს ხელი პაციენტს ინფორმირების ბარათზე. აქ ორი

სრულებით განსხვავებული მასშტაბი უნდა მოქმედებდეს. სამედიცინო სამართლის მიზანია სამართლისა და მედიცინის სფეროების ურთიერთშეზავებით, პირველ რიგში, საერთო ენის შექმნა, რომელიც ესმის როგორც იურისტს, ისე მედიკს და რომელიც ორივე სისტემის კატეგორიების ორმხრივ ტრანსფერს შეუწყობს ხელს.

ამ დარგის განვითარება საქართველოში აუცილებელია, გარდაუვალია და მას არ შეიძლება ჰქონდეს ალტერნატივა. შეუძლებელია სამედიცინო დავებთან დაკავშირებულმა მართლმსაჯულებამ, მხოლოდ ექსპერტების დავებზე დაყრდნობით, იფუნქციონიროს და ეს არც დღევანდელ მოცემულობაში არ ხდება. ექსპერტის დასკვნა, მაშინაც კი, როდესაც ის სასამართლოს მიერ მოწვეული ექსპერტია¹, წარმოადგენს მხოლოდ რიგით მტკიცებულებას სასამართლოსათვის, ისეთივეს, როგორიც არის, მაგალითად, პაციენტის გარდაცვალების ფაქტი და მოსამართლეს შეუძლია საერთოდ არ მიაქციოს ყურადღება პირველს, რომელიც, ყველაფერთან ერთად, მისთვის უცხო ენაზეა დაწერილი და ხშირად, მისთვის არარელევანტურ საკითხებს ეხება. თუ მოსამართლეს აინტერესებს, პაციენტის მუცლის ღრუში ტამპონის ჩატოვება ოპერატორი ექიმის მხრიდან უხეში გაუფრთხილებლობაა თუ მსუბუქი, თუ საერთოდ ექიმის ასისტენტის პასუხისმგებლობის სფეროა, დასკვნა, რომელიც აღწერს ამ ჩატოვების გართულების შედეგებს, სხვადასხვა უცხოური მანუალებიდან მოყვანილ უცხოურ პრაქტიკასა და ა. შ., საერთოდ ვერ სცემს მოსამართლის შეკითხვას პასუხს. მოსამართლეს აინტერესებს ის, თუ რა რეალობაა ქართულ სამედიცინო პრაქტიკაში, რამდენად ხშირად მოსდით ამ ტიპის შეცდომები ექიმებს – რადგან, სწორედ აქ დევს მიჯნა უხეშ და მსუბუქ გაუფრთხილებლობას შორის – და ზუსტად როგორ მიმდინარეობდა კონკრეტული ოპერაცია, როგორი იყო როლების გადანაწილება ოპერაციაზე (მუშაკის ბრალის შერაცხვა სკ-ის 997-ე მუხლის მიხედვით), შეესატყვისება თუ არა ეს იმ სტანდარტს, რომელიც ქვეყნის შიგნით მოქმედებს. ის, რომ (პირობი-

¹ ზედმეტია საუბარი მხარეთა მიერ შეკვეთილ საექსპერტო დასკვნებზე, რაც პროცესზე მხოლოდ მხარის მოხსენების ნაწილია (ე. წ. „კვალიფიციური მოხსენება“) და საერთოდ არ წარმოადგენს მტკიცებულებას.

თად) ამერიკულ კლინიკებში ამ ტიპის შეცდომები გაცილებით უფრო იშვიათად ხდება, ჯერ კიდევ საერთოდ არ ნიშნავს, რომ ამერიკელი ექიმები არ „სცოდნენ“, არამედ შეიძლება განპირობებული იყოს ამერიკულ კლინიკებში სამედიცინო პროცესის უკეთესი ორგანიზებით, რომელიც გამორიცხავს ექიმის შეცდომის შემთხვევაშიც კი სავალალო შედეგის დადგომას. მაშინ აქ არა ექიმის, არამედ კლინიკის პასუხისმგებლობის აუცილებლობასთან შეიძლება გვექონდეს საქმე. მაგრამ მაშინაც კი, თუ კლინიკა არაფერ შუაშია და ეს შეცდომა ქართველ ექიმებს, ამერიკელ კოლეგებთან შედარებით, ხშირად მოსდით, ეს, ცალკე აღებული, შეიძლება გახდეს გაუფრთხილებლობის თამასის დაწევის მიზეზი. ყველა ამ შეკითხვას ქართულ რეალობაში ცოტა საექსპერტო დასკვნა თუ პასუხობს. თუმცა ამ შემთხვევაშიც კი ის მოსამართლეს მაინც ვერ მისცემს იმ დისკურსულ ცოდნას, რომელიც მედიკთა და იურისტთა შორის ხანგრძლივი თანაქმედებისა და აზრთა მიმოცვლის შედეგად ყალიბდება. მაგალითად, მაშინაც კი, თუ ექსპერტი მართებულად უთითებს, რომ მოცემული ტიპის შეცდომა ექიმთა აბსოლუტურ უმრავლესობას მოსდის, ეს შეიძლება მაინც არ იყოს საფუძველი მისი მსუბუქ გაუფრთხილებლობად დაკვალიფიცირებისათვის. ამის წინააღმდეგ შეიძლება მეტყველებდეს სამართლის პოლიტიკის მოსაზრებები, როგორცაა, სამართლებრივი სანქციების მეშვეობით სამედიცინო პრაქტიკაში განსხვავებული სტანდარტის დამკვიდრების აუცილებლობა, კლინიკების იძულება დააზღვიონ საკუთარი პერსონალი პასუხისმგებლობისაგან და ა. შ. სამართალს შესწევს უნარი არა მხოლოდ დესკრიფციულად შეაფასოს, არამედ გარდაქმნას კიდევ ის სოციალური რეალობა, რომელთანაც უწევს კონფრონტაცია. თუმცა სამართლის ამ მისიის რეალიზაციისათვის მხოლოდ კონკრეტულ ქეისზე მორგებული საექსპერტო დასკვნა ძალზედ მწირ და განზოგადებაუნარო ინფორმაციას შეიცავს. ამიტომაც, აუცილებელია, რომ მოსამართლეს შეეძლოს დამოუკიდებელი და მიუკერძოებელი სამართლებრივი სამეცნიერო წყაროდან, რომლის ობიექტურობასაც მეტწილად

მისი აბსტრაქტულობა განაპირობებს, შეიქმნას საკუთრი მოსაზრება საქმეზე, ხოლო ადვოკატს – ამ წყაროებზე დაყრდნობით დამოუკიდებლად მოემზადოს პროცესისათვის.

გ) უცხოური სამართლებრივი ფიგურებისა და სამედიცინო სტანდარტის ავტომატური კალკირების საფრთხე

ყველა განვითარებულ უცხოურ მართლწესრიგში სამედიცინო სამართალს, უკვე დიდი ხანა, შეძენილი აქვს დახვეწილი და სპეციფიკური ფორმა, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს საორიენტაციო მასშტაბად ქართული სამედიცინო სამართლის განვითარების გზაზე და ეს მეტწილად გარდაუვალიცაა. თუმცა ამ გზაზე ორი საფრთხე არსებობს. პირველი სპეციფიკურ იურიდიულ პრობლემათა რიცხვს განეკუთვნება: სხვადასხვა სამართლის სისტემები ერთმანეთთან არაკომბინირებადია და, მაგალითად, მეტი წილი ამერიკული სამართლებრივი კონსტრუქციებისა არ არის გადმოტანადი გერმანული სამართლის ოჯახის მართლწესრიგებში, რომელთაც განეკუთვნება ასევე საქართველო. ამიტომაც, ქართულ სამართალში სწორედ ამ გერმანული სამართლის ოჯახის მართლწესრიგებზე და, პირველ რიგში, თავად გერმანულ სამართალზე უნდა მოხდეს სწორება.

მეორე პრობლემა უფრო ფუნდამენტურ ხასიათს ატარებს და ეხება არა იმდენად სამართლებრივი კონსტრუქციების ტრანსფერს, არამედ მათ უკან მდგომი სოციალური რეალობის იდენტიფიცირების უნარს, რაც სამართლის მხოლოდ ინსტიტუციონალური შედარების (სამართლებრივი ინსტიტუტების შედარება) ფარგლებში ყურადღების მიღმა რჩება, უფრო სიღრმისეულ კვლევას საჭიროებს და უკვე გლობალური შედარების საგანია. მარტივად რომ ვთქვათ, სამართალმა არ უნდა აუაროს გვერდი იმ მოცემულობას, რომ ქართველ ექიმს, რომელიც დღეში (პირობითად) 5 ოპერაციას აკეთებს, არ შეიძლება მოეთხოვოს იგივე, რაც მის ამერიკელ თუ გერმანელ კოლეგას, რომელიც კვირაში თუ აკეთებს ამ რაოდენობის ოპერაციებს. ის ფაქტი, რომ ამერიკელი და გერმანელი ექიმე-

ბისათვის სავალდებულოა პასუხისმგებლობი-საგან დაზღვევა, განაპირობებს იმას, რომ სასა-მართლოს თითქმის ყოველთვის თავისუფლად შეუძლია დააკისროს მას მსხვილი თანხა და ეს ექიმისათვის ფინანსური კოლაფსის ტოლფასი არ იქნება. ქართულ რეალობაში, სადაც ექიმის პასუხისმგებლობისაგან დაზღვევის კულტურა და ხანდახან რეალური ხელმისაწვდომობაც კი თითქმის არ არსებობს, ამ უცხოური პრაქტიკის არარეფლექსირებულმა გადმოღებამ, მათ უკან მდგომი რეალური სოციალური ფაქტორების გათვალისწინების გარეშე, შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო სფეროს მთლიანი კოლაფსი. ამის საფრთხე საკმაოდ რეალურია, გამომდინარე იქიდან, რომ არ ხდება რეალური კომუნიკაცია ქართველ მედიკებსა და იურისტებს შორის სამეცნიერო ფორუმებზე და სამეცნიერო ფორმატში, მოსამართლე იძულებულია სწორედ ამ უცხოური პრაქტიკით იხელმძღვანელოს. პროცესზე კომუნიკაცია ამ დეფიციტს ვერ აღმოფხვრის – პროცესზე მოპასუხე ექიმიც/კლინიკაც და მოსარჩელე პაციენტიც მოსამართლისათვის მხოლოდ მხარეა და ის პირდაპირ ვალდებულია, არც ერთს არ „ენდოს“, არც ერთის მონათხრობი არ მიიღოს სრულ ჭეშმარიტებად და დამოუკიდებლად შეიქმნას წარმოდგენა საქმეზე. და თუ არ არსებობს ამ დამოუკიდებელი აზრის შექმნის ინსტრუმენტი, იურისტისათვის გასაგებ ენაზე დაწერილი ქართული სამეცნიერო ლიტერატურის სახით, მას უცხოური პრაქტიკა ანაცვლებს, რომლის ენაც მოსამართლისათვის გასაგებია, თუმცა შეიცავს საფრთხეს, რომ ის სრულებით განსხვავებულ სოციალურ რეალობაზეა მორგებული.

სამართალი არის დისკურსი. ეს არის თეორიული ცოდნის კონსტრუირებისა და განვითარების ფორმა. აქ აზრი აზრს ქმნის და მომდევნო აზრი მათ ემყარება. ფაქტი და რეალობა სამართლებრივი აზროვნების ველში შემოდის მხოლოდ როგორც ნედლი მასალა და ხანდახან საერთოდ არც შემოდის და, პირიქით, სამართალი ქმნის საკუთარ რეალობას. მაგალითად, რომის სამართალში მონა წარმოადგენდა ნივთს, რასაც არანაირი კავშირი არ ჰქონდა რეალობასთან და ამას თავად რომაელებიც აღი-

რებდნენ, მაგალითად, სენეკა უმცროსი. თუმცა, სამართლებრივად მონის სტატუსი გათანაბრებული იყო ნივთის სტატუსთან და მასზე ვრცელდებოდა იგივე წესები, რომლებიც ნივთებზე. ეს იყო მსოფლიო ისტორიაში ერთ-ერთი ყველაზე განვითარებული სამართლის მიერ შექმნილი დამოუკიდებელი რეალობა, საიდანაც იღებს სათავეს უკლებლივ ყველა კონტინენტურევროპული მართლწესრიგი. სამართლისათვის ფიქცია ისეთივე ორგანული მდგენელი და ოპერირების ინსტრუმენტი, როგორც ფილოსოფიისათვის აბსტრაქტული კონცეპტების შექმნა. სამართლებრივად შპს ისეთი პირია, როგორც ფიზიკური პირი და მათ შორის განსხვავება მხოლოდ დეტალებშია. სამართალმა უახლოეს მომავალში შეიძლება დაადგინოს, რომ ხელოვნურ ინტელექტზე ვრცელდება მთელი რიგი ის წესები, რომლებიც ვრცელდება ადამიანებზე. ამით, რა თქმა უნდა, ხელოვნური ინტელექტი არ იქცევა ადამიანად ბიოლოგიური, სოციალური, ფილოსოფიური და ა. შ. გაგებით, თუმცა სამართლისათვის ეს უმნიშვნელოა. თუ მოსამართლე დაადგენს, რომ ქართველ ექიმს ევალება იგივე, რაც ამერიკელს, მიუხედავად იმისა, რომ ქართველი ექიმისათვის ამ ტვირთის აწევა შეუძლებელია, მათ დაევალებათ კიდევ ეს შეუძლებელი და მივიღებთ 6 ათასი ლიცენზიაგაჩერებული ექიმის მაგივრად 35 ათასს, თუმცა ეს იქნება თვითკმარი და არაგასაჩივრებადი რეალობა. ამის რეალური საფრთხე არსებობს, რადგან ფაქტები სამართლებრივ დისკურსში შემოდიან მხოლოდ იმდენად, რამდენადაც სამართალი ამას თავად უშვებს. ის ჯერ თავად, აბსტრაქტულად ქმნის ყალიბს და მხოლოდ ამის შემდეგ ითხოვს ფაქტების მიწოდებას. სამართლებრივ რეალობას, იმისათვის, რომ მწყობრი (და შესაბამისად, „სწორი“) იყოს, საერთოდ არ სჭირდება ემპირიული ვერიფიცირებადობა და ლეგიტიმაცია გარე სამყაროსაგან. ამის პრევენცია კი შეიძლება იყოს მხოლოდ ერთადერთი – მჭიდრო კომუნიკაცია ქართველ იურისტებსა და მედიკებს შორის, რათა უშუალოდ ამ სამართლებრივი კონცეპტების შექმნის ეტაპზე მოხდეს ქართული რეალობის გათვალისწინება.

2. სამედიცინო სამართლის სავარაუდო თემატიკა და ექიმის პასუხისმგებლობის სამართალი

სამედიცინო სამართლის დარგის სავარაუდო თემატიკა, რომელიც ქართულ სამართალში მეტწილად დაუმუშავებელია, შემდეგია: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა; ეპიდემიოლოგიური კონტროლი; ექიმის პროფესიის განხორციელება და კლინიკის გაძღოლა; სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და ფუნქციონირების ხარვეზების თანამდევ სამართლებრივი შედეგები; სამართლებრივი ურთიერთობის წარმოშობა ექიმსა და პაციენტს შორის სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით და ხელშეკრულების გარეშე; კლინიკაში მიღების სხვა წინაპირობები (პაციენტის პირადი მონაცემები: დოკუმენტაცია, მონაცემთა დაცვა, დოკუმენტაციაზე წვდომა და გაცემა, გაუთქმელობის ვალდებულება და ჩვენების მიცემაზე უარის თქმა); საავადმყოფოს მფლობელ კომპანიასთან დადებული ხელშეკრულება და სადაზღვევო კომპანიასთან დადებული ხელშეკრულება; ჯანმრთელობის დაზღვევა; პასუხისმგებლობა ექიმის შეცდომისათვის; პაციენტის თანხმობა და ინფორმაციის მიწოდება; პაციენტის მოვალეობა; სამედიცინო მომსახურების გამწევის პასუხისმგებლობის გამომრიცხავი გარემოებები; მოწყვლადი ჯგუფების (მცირეწლოვნები და არასრულწლოვნები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონენი, მოხუცებული პაციენტები, უგონო პირები, უცხოელები, სექსის მიმდევრები, ფსიქიკურად დაავადებულნი) სამედიცინო მომსახურების სტანდარტები; პასუხისმგებლობის ფარგლები, თანაბრალეულობა და ხანდაზმულობა; პროცესუალურსამართლებრივი საკითხები - სამართალწარმოების სუბიექტები, მტკიცების ტვირთი და მტკიცებულებები; ექიმის ადმინისტრაციულსამართლებრივი და სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები; ექსტრემალური სიტუაციები: გადაუდებელი დახმარების აუცილებლობა, ინტენსიური მედიცინა, ევთანაზია, გარდაცვალების მომენტი; წარმოშობის დადგენა, სექსუალური

და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა; სხეულის ბუნებრივი და ხელოვნური ნაწილები, ორგანოების ტრანსპლანტაცია; ბიოსამედიცინო გამოკვლევა: ადამიანებსა და ცხოველებზე ჩატარებული ცდები; სამედიცინო ეთიკა; გენური ინჟინერიის, გენომის ანალიზისა და გენთერაპიის სამართლებრივი საკითხები; მედიკამენტოზური საშუალებების და ფარმაცევტული სამართალი და ა. შ.

II. ბაზრის კვლევა

ზემოთ მონიშნული სამეცნიერო-საგანმანათლებლო ნიშა, მიუხედავად იმისა, რომ წარმოადგენს გადაუდებელ აუცილებლობას სამედიცინო დაწესებულებების, მედპერსონალისა და იურისტებისათვის და არსებობს მასზე საზოგადოებრივი დაკვეთა, სრულებით აუთვისებელია. პირველ რიგში, ამას განაპირობებს სამეცნიერო დარგობრივი ლიტერატურის, როგორც მყარი სტანდარტის დამამკვიდრებლისა და გეზის მიმცემის, სიმცირე. ეს თანაბრად ეხება როგორც სამედიცინო მენეჯმენტს, ისე სამედიცინო-სამართლებრივ ლიტერატურას. გარდა ამისა, ქართულ იურიდიულ პრაქტიკაში თითქმის არ არსებობენ სამედიცინო სამართლის დარგობრივი სპეციალისტები (ადვოკატები, იურიდიული მრჩეველები და ა. შ.). ქართულ ენაზე არსებობს სულ რამდენიმე ნაშრომი, რომელიც მიძღვნილია სამედიცინო სამართლის თემატიკისადმი. ამ მიმართულებით განსაკუთრებული წვლილი მიუძღვით პროფ. ნუნუ კვანტალიანსა და პროფ. ქეთევან მჭდლიშვილ-ჰედრისს, რომლებიც გაუძღვებიან ჟურნალს რედაქტორების რანგში. მათი დახმარებით ჟურნალის ბაზაზე უნდა შეიქმნას ახალი აკადემიური ნაშრომები, რაც გახდება ამ სფეროში შემდგომი მონოგრაფიების, კომენტარებისა, კომპენდიუმების შექმნისა და საუნივერსიტეტო სასწავლო კურსების შემუშავების საფუძველი.

გამოკითხული ადვოკატები, რომლებიც წარმოადგენენ სხვადასხვა სიდიდისა და მნიშვნელობის საადვოკატო ფირმებს, ერთხმად აცხადებენ, რომ მოცემული მომენტისათვის ბაზარ-

ზე არ არსებობს სამედიცინო სამართლის სპეციალისტი (განსხვავებით მთელი რიგი სხვა სფეროებისაგან, როგორიცაა საგადასახადო, სამშენებლო და ა. შ. სფეროები). შესაბამისად, სამედიცინო დავები ნაწილდება და ადვოკატთა ხელში ხვდება სპონტანურად და არა ამ უკანასკნელთა შესაბამისი კვალიფიკაციიდან გამომდინარე. უკლებლივ ყველა გამოკითხული ადვოკატი სამედიცინო დაწესებულებებს უყურებს როგორც ძალზე ლუკრატიულ კლიენტებს, თუმცა ვერ ახერხებს მოცემული სეგმენტის ათვისებას შესაბამისი კვალიფიკაციის არარსებობის გამო, რაც, თავის მხრივ, განპირობებულია მყარი დოგმატურ-სისტემური საფუძვლის არარსებობით. გამოკითხული სამი სამედიცინო დაწესებულების კლინიკური დირექტორები მიიჩნევენ, რომ ამჟამად მათ არ აქვთ ზემოთ აღწერილი საკონსულტაციო-იურიდიული მომსახურების მიღების შესაძლებლობა, მათთვის ეს წარმოადგენს გადაუდებელ საჭიროებას და ისინი

შესაბამისი შეთავაზების გაჩენის შემთხვევაში აუცილებლად ისარგებლებდნენ ამ მომსახურებით. გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტი და თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, „ბიგ-ვავა ბატიაშვილის“ იურიდიულ ფირმასა და „იურიდიული დახმარების სამსახურთან“ ერთად, აცხადებენ მზადყოფნას გაუწიონ ჟურნალს სრული აკადემიური და ფინანსური მხარდაჭერა, მიანიჭონ მას პლატფორმა კონფერენციებისა თუ სხვა ღონისძიებების ჩასატარებლად და ასევე გაუწიონ ინსტიტუციონალური მხარდაჭერა სხვადასხვა გრანტების მოსაზიდად. გერმანიის საერთაშორისო სამართლებრივი თანამშრომლობის საზოგადოება (Internationale Rechtliche Zusammenarbeit (IRZ), <https://www.irz.de/index.php/en/>) აცხადებს მზადყოფნას, პარტნიორობა გაუწიოს ჯგუფს სამედიცინო სამართლის გერმანელი სპეციალისტების მოზიდვასა და მათი ჩართულობით საერთაშორისო სამეცნიერო ფორუმების ორგანიზებაში.

ასოც. პროფ. გიორგი რუსიაშვილი

პროფ. ნუნუ კვანტალიანი

ასოც. პროფ. თამარ ზარანდია

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება და მისი დიგიტალიზაცია

პროფ. დოქ. ნუნუ კვანტალიანი

თსუ, გრ. რობაქიძის უნივერსიტეტი

ასოც. პროფ. ლადო სირდაძე

ბიზნესისა და ტექნოლოგიების უნივერსიტეტი

შესავალი

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების კვლევა მნიშვნელოვანია არა მარტო თეორიული, არამედ პრაქტიკული თვალსაზრისით. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტისა და სამედიცინო მომსახურების გამწვანების უფლება-მოვალეობები ძირითადად კანონმდებლობითაა რეგულირებული, ამ სუბიექტებს შორის ვალდებულებითსამართლებრივი ურთიერთობა უმეტესად სწორედ სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების საფუძველზე წარმოიშობა. სამედიცინო დავებზე მიღებული სასამართლო გადაწყვეტილებების ანალიზით დგინდება, რომ სამედიცინო დაწესებულების წინააღმდეგ აღძრულ სარჩელებს ხშირ შემთხვევაში ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ ვალდებულებათა დარღვევა უდევს საფუძვლად.

ამასთან, ხელშეკრულების არსებობა არ გამორიცხავს დელიქტური ვალდებულების წარმოშობასაც. ზიანის ანაზღაურების სამართლებრივი კვალიფიკაციისათვის განმსაზღვრელია გაირკვეს, რა იურიდიული ფაქტი უდევს საფუძვლად ზიანის წარმოშობას - სახელშეკრულებო პირობათა დარღვევა თუ მართლსაწინააღმდე-

გო ქმედებით პირის აბსოლუტური ქონებრივი უფლებებისა და არაქონებრივი სიკეთის ხელყოფა¹.

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებაში მხარეთა უფლება-მოვალეობების სრულად აღწერა და პირობათა კანონთან შესაბამისობა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მხარეთა შორის დავის წარმოშობის შემთხვევაში.

კერძო სამედიცინო დაწესებულებათა სიმრავლის გათვალისწინებით, ყოველივე ზემოაღნიშნული თვალნათლივ წარმოაჩენს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების კვლევის მნიშვნელობას და საჭიროებას.

არაერთი კომპლექსური სამართლებრივი პრობლემა, რომელიც თან ახლავს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებას, შესაძლოა მართლმართლად გადაიჭრას ამ ხელშეკრულების გაციფრულებით. ხელშეკრულების დიგიტალიზაცია ეხმარება მხარეებს როგორც ხელშეკრულების დადების, ისე მისი შესრულებისას და, საჭიროებისას, ხელშეკრულებიდან გამომდინარე დავის ფარგლებში.² ამიტომ საინტერესოა, რამდენად ვრცელდება სამართლის ტექნოლოგიების (ლიგალტექნის) დადებითი მხარეები³ აღნიშნუ-

¹ კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, 2014, 55.

² ხუბუა/სირდაძე, სამართლის ტექნოლოგიები (ლიგალტექნი) საქართველოში, მათი გამოყენება კერძო კომპა-

ნიებისა და საჯარო უწყებებში, 7/2022, 1.

³ ლიგალტექნის დადებით მხარეებთან დაკავშირებით იხ. ბრაიდენბახი/გლატცი, სამართლის დიგიტალიზაცია, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი 1/2020, 1; ხუბუა/სირდაძე, სამართლის ტექნოლოგი-

ლი ტიპის ხელშეკრულებებზე და რამდენად შეუძლია გააუმჯობესოს სამედიცინო ხელშეკრულების „სმარტ-კონტრაქტის“⁴ სახით დადებამ ხელშეკრულების ორივე მხარის უფლებების დაცვა.

1. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების სამართლებრივი ბუნება

სამედიცინო მომსახურებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების თაობაზე პაციენტის მოთხოვნის საფუძველს ძირითადად სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულების შეუსრულებლობა/არაჯეროვანი შესრულება ან/და სამედიცინო პერსონალის არასწორი ქმედება წარმოადგენს.

პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევა, როგორც წესი, ხელშეკრულების საფუძველზე ხორციელდება. გამონაკლისს წარმოადგენს კანონით გათვალისწინებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, ასევე სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის მიზნით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო ხასიათის სხვადასხვა მომსახურება⁵.

ვინაიდან საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი მომსახურების ხელშეკრულების მარეგულირებელ ნორმებს არ ადგენს, მომსახურების სფეროში წარმოშობილ ურთიერთობათა მოსაწესრიგებლად სასამართლო პრაქტიკით, სკ-ის მე-5 მუხლის შესაბამისად, ნარდობის ხელშეკრულების ნორმებია გამოყენებული.

ქართული სასამართლო პრაქტიკით, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება შეფასებულია ნარდობის ხელშეკრულებად.⁶

ამასთან, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების სამართლებრივ შეფასებასთან მიმართებით აღსანიშნავია თბილისის საქალაქო სასამართლოს სავსებით მართებული მსჯელობა ერთ-ერთ გადაწყვეტილებაში. სასამართლომ აღნიშნა, რომ ის „დავას ვერ განიხილავს ცალსახად ნარდობის ხელშეკრულების ჭრილში, ვინაიდან, აღნიშნული ურთიერთობის არსებით ნაწილს წარმოადგენს ადამიანის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა, რომელიც საჭიროებს მკურნალობას. შესაბამისად, წინასწარ პროგნოზირება იმისა, თუ როგორი იქნება პაციენტისთვის ჩატარებული მკურნალობის შედეგი, მოჰყვება თუ არა მას შემდგომი გართულებები, ან საბოლოო ჯამში რა ოდენობის იქნება გაწეული სამედიცინო მომსახურების საფასური, შეუძლებელია. ამასთან, აღნიშნული ურთიერთობის თავისებურება, რაც მას განასხვავებს ტიპური ნარდობის ხელშეკრულებისაგან არის ის, რომ მიუხედავად იმისა, თუ რამდენად წარმატებული და დადებითი შედეგის მომტანი იქნება პაციენტისთვის ჩატარებული მკურნალობის კურსი, მომსახურების საფასური ხელშეკრულებით განსაზღვრულ ვადებში უნდა იქნეს ვალდებული პირის მიერ გადახდილი. აქედან გამომდინარე, სასამართლო მიიჩნევს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება უნდა იქნეს შეფასებული იმ თავისებურებების გათვალისწინებით, რაც ამ სახის ურთიერთობისთვის არის დამახასიათებელი.“⁷

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების ნარდობის ხელშეკრულებად შეფასება სამედიცინო მომსახურების თავისებურებიდან და, შეიძლება ითქვას, რომ მისი უნიკალურობიდან⁸ გამომდინარეც, სამართლებრივად გამართლებული არ არის. მომსახურების ხელშეკრუ-

ები (ლიგალტექნი) საქართველოში, მათი გამოყენება კერძო კომპანიებსა და საჯარო უწყებებში, 7/2022, 2.

⁴ Glatz, Smart Contracts, in Breidenbach/Glatz (Hrsg.), Rechts-handbuch Legal Tech, 2. Auflage, München 2020, Kap. 5.3.

⁵ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 12 იანვრის #4 დადგენილება 2022 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5352433?publication>.

⁶ მრავალთა შორის იხ. სუსგ № ას-539-512-2015, 28.07.2015.

⁷ თბილისის საქალაქო სასამართლოს 2018 წლის 13 დე-

კემბრის №2/27429-18 გადაწყვეტილება.

⁸ მომსახურების ხელშეკრულებით, შემსრულებელი იღებს ვალდებულებას, შეასრულოს შემკვეთის მიერ შეკვეთილი სამუშაო ანაზღაურების სანაცვლოდ. ჩვეულებრივ, მომსახურების ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამუშაოს შესრულებაში შემკვეთი მონაწილეობას არ ღებულობს, მაშინ როდესაც სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მოქმედებების განხორციელებაში მომსახურების მიმღები აქტიურადაა ჩართული.

ლების ნარდობასთან მსგავსების გამო შესაძლებელია ნარდობის ხელშეკრულების მარეგულირებელი რიგი ნორმების ანალოგიით გამოყენება.

ნარდობისა და მომსახურების ხელშეკრულებათა გამიჯვნას არსებითი თეორიული და პრაქტიკული⁹ მნიშვნელობა აქვს.

ნარდობის ხელშეკრულებასთან ახლოს დგას მომსახურების ხელშეკრულება, რომლითაც ერთი მხარე ასრულებს სამუშაოს მეორე მხარისთვის. განსხვავება ამ ხელშეკრულებებს შორის მდგომარეობს შემდეგში: ნარდობის ხელშეკრულების საგანს წარმოადგენს მენარდის მიერ შესრულებული სამუშაოს შედეგი (რეზულტატი).¹⁰ მაშასადამე, ნარდობის ხელშეკრულება აგებულია შემდეგი ფორმულით: თუ არ არის შედეგი, მაშინ ადგილი აქვს ხელშეკრულების შეუსრულებლობას. რაც შეეხება მომსახურების ხელშეკრულებას, მისი საგანია მომსახურება, რომელსაც საერთო წესის მიხედვით არა აქვს შედეგი¹¹.

სამედიცინო მომსახურება, როგორც წესი, მკურნალობას და მასთან დაკავშირებულ პროცედურებს უკავშირდება (რომელთაც შეიძლება მატერიალიზებული სახეც ჰქონდეს, მაგრამ მჭიდრო კავშირშია და ერთიანობაშია მკურნალობასთან, მაგ., კარდიოლოგიურ პროცედურაში სტენტის იმპლანტაცია). მაშინ, როდესაც ნარდობის ხელშეკრულებისთვის განმსაზღვრელია შეთანხმება შედეგზე, მომსახურების გამწვევის ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულება მომსახურების დადგენილი სტანდარტებით განხორციელებაშია და არა შედეგში. შესაბამისად, პაციენტთან დადებული ხელშეკრულება მკურნალობის სწორ წარმართვაზე შეთანხმებაა, რაც განასხვავებს მას ნარდობის ხელშეკრულებისაგან, რომელიც შედეგზეა ორიენტირებული.

ხელშეკრულება, რომელიც ფორმდება პაციენტთან სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე, წარმოადგენს სამართლებრივ „ორგანიზმს“.¹² მას აქვს დასაწყისი და დასასრული და წარმოშობს როგორც ძირითად, ისე დამატებით ვალდებულებებს, რომ პაციენტს გაეწიოს ის მომსახურება, რომელიც დინამიურ მოდუსში მიესადაგება პაციენტის მდგომარეობის ცვლილებას.¹³

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების სწორი სამართლებრივი კვალიფიკაცია არსებით გავლენას ახდენს მოთხოვნის ფორმირებაზეც, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების გამწვევის პასუხისმგებლობას მკურნალობის არასწორი წარმართვა წარმოშობს და არა უარყოფითი, არასასურველი შედეგი.¹⁴

განსხვავებულად დგას ხელშეკრულების სამართლებრივი შეფასების საკითხი კოსმეტიკურ (პლასტიკური ქირურგია) ჩარევასთან დაკავშირებით, როდესაც მომსახურების მიმღების ინტერესი განხორციელებული მოქმედების შედეგს უკავშირდება. ამასთან, კოსმეტიკური ჩარევა ერთმნიშვნელოვნად არ გამორიცხავს სამკურნალო მიზნებს, თუმცა, როგორც წესი, ასეთ შემთხვევებში მომსახურების მიმღების განსაკუთრებული ინტერესი შედეგშია.

სამედიცინო მომსახურება, მიუხედავად შედეგისა, შეთანხმებული ანაზღაურების ვალდებულებას წარმოშობს, მაგრამ თუ სამედიცინო მიზნებით განხორციელებული ჩარევა მატერიალიზებული ხასიათისაა (მაგ. პროთეზი), ანაზღაურების ვალდებულება შედეგზეა დამოკიდებული და ნარდობის ხელშეკრულებაა. შესაბამისად ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ანაზღაურება მიღებულ შედეგზეა (ამავდროულად ხარისხზე) დამოკიდებული და მასზე ნარდობის ურთიერთობის მომწესრიგებელი ნორმები უნდა გავრცელდეს. რიგ შემთხვევაში, შესაძლებელია შერეული ხელშეკრულების არსებობა (სტომატო-

⁹ MüKoBGB/Busche, 8. Aufl. 2020, BGB § 631 Rn. 10.

¹⁰ BGHZ 151, 330 (332) = NJW 2002, 3323; BGHZ 54, 106 (107) = NJW 1970, 1596; BGHZ 31, 224 (226 ff.) = NJW 1960, 431; BGH NJW 2013, 3022 Rn. 9 ff.; BAGE 146, 97 Rn. 15 = NJW 2013, 2672; OLG Düsseldorf NJW-RR 1998, 345 (346).

¹¹ ძლიერიშვილი, ნარდობის სამართლებრივი რეგულირება, 2001, 38; BeckOK BGB/Voit, 62. Ed. 1.5.2022, BGB § 631 Rn. 4.

¹² Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht - Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukte-recht und Transfusionsrecht, 7. Aufl. Rn. 101. Siber, Grundriß des Schuldrechts (1931), 1 ff.

¹³ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht - Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukte-recht und Transfusionsrecht, 7. Aufl. Rn. 101.

¹⁴ კვანტალიანი/რუსიაშვილი, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, 3.

ლოგიაში პროთეზირება, რომელსაც წინ უძღვის მკურნალობა).

ამდენად, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება თავისი ბუნებით შეიძლება იყოს როგორც მომსახურების, ასევე ნარდობის ხელშეკრულება. ამ სფეროში არსებული სპეციფიკიდან გამომდინარე, მხარეთა შორის შესაძლებელია, შერეული ტიპის სახელშეკრულებო ურთიერთობაც წარმოიშვას. ამდენად ხელშეკრულების სამართლებრივი შეფასება ხელშეკრულების საგანზე და შეთანხმების პირობებზეა დამოკიდებული¹⁵.

2. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების თავსებადობა სახელშეკრულებო თავისუფლების პრინციპთან

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება, მიუხედავად მისი სპეციფიკურობისა, თავისი არსით კერძო სამართლებრივი გარიგებაა და მასზე ვრცელდება ხელშეკრულების ზოგადი პრინციპები, მათ შორის სახელშეკრულებო თავისუფლების პრინციპი იმ შეზღუდვებით, რომლებიც გათვალისწინებულია ამ სფეროში მოქმედი ნორმატიული აქტებით.

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონით უზრუნველყოფილია პაციენტის თავისუფლება, ისარგებლოს ან არ ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით, აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი. ხელშეკრულების დადების თავისუფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწევსაც, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა (მაგ. გადაუდებელი შემთხვევა).

პაციენტის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი უფლებაა წინასახელშეკრულებო ურთიერთობაში, ხელშეკრულების გაფორმებამდე, სრული ინფორმაციის მიღება (რაც განსხვავდება ინფორმირებული თანხმობისგან¹⁶). ის, რომ პაციენტს სრულად ჰქონდეს გააზრებული მომსახურების შინაარსი და ჰქონდეს სწორი მოლოდინები სამედიცინო დაწესებულებისგან, შედის

როგორც მის, ისე მომსახურების გამწევის ინტერესებში. ხელშეკრულების თავისუფლების პრინციპი კონკრეტულ შემთხვევაში რეალურად მხოლოდ მაშინ პოვებს გამოვლინებას, თუ პაციენტი ხელშეკრულების დადებამდე სათანადოდაა ინფორმირებული ხელშეკრულების შინაარსზე.

ხშირად, მომსახურების დაუყოვნებლივ მიღების საჭიროებიდან გამომდინარე, პაციენტს არ აქვს სათანადო დრო, რომ სრულყოფილად გაეცნოს ხელშეკრულებას, შეისწავლოს და გადაამოწმოს ყველა ტერმინი და გააზრებულად შეაფასოს რისკები. ემოციური ფონი, როგორც წესი, ამ ყველაფერს კიდევ უფრო ართულებს. ასეთ დროს გამოსავალი შეიძლება იყოს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების დიგიტალიზაცია, რასაც შეუძლია გაამარტივოს და გააუმჯობესოს ინფორმაციის მიწოდება არაერთი მიმართულებით.

2.1. ტერმინთა განმარტება

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების ციფრული სახით შეთავაზება შესაძლებელს ხდის, ყველა ტექნიკური ტერმინის უკან ჩაშენდეს შესაბამისი განმარტება, რომელსაც პაციენტი სურვილის შემთხვევაში გახსნის და გაეცნობა. ეს მნიშვნელოვანია პაციენტის სრულყოფილი ინფორმირებისთვის. ხელშეკრულების წერილობითი ფორმით შეთავაზების შემთხვევაში პაციენტს თავად უწევს მოიძიოს ინფორმაცია მისთვის უცნობი სამედიცინო ტერმინოლოგიის შესახებ. ეს, ერთი მხრივ, ზედმეტად ართულებს პროცედურას: მოითხოვს დიდ დროს, და შესაძლოა პაციენტმა თავად ვერც მოიძიოს ყველა განმარტება. გარდა ამისა, სამართლებრივი თვალსაზრისით, ასეთ დროს ტერმინთა ინტერპრეტაციაზე პასუხისმგებელია თავად პაციენტი და არსებობს სერვისის მიმწოდებლისა და მიმღების მიერ გამოვლენილი ორი ნების შინაარსის აცდენის საფრთხე: სამედიცინო დაწესებულება გულისხმობდა ერთს,

¹⁵ კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, 2014, 63.

¹⁶ კვანტალიანი/რუსიაშვილი, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, 4, სქ. 9.

პაციენტმა კი მისთვის უცხო ტერმინი განმარტა სხვაგვარად. როდესაც ყველა დარგობრივ ტერმინს თან ახლავს შესაბამისი განმარტება, ასეთ დროს მარტივია დადგინდეს, თუ კონკრეტულად რაზე შეთანხმდნენ მხარეები.

2.2. ენა

ხელშეკრულების ციფრული ფორმით შეთავაზება შესაძლებლობას იძლევა ტექსტი ან მისი ნაწილი ნებისმიერ დროს ითარგმნოს პაციენტისთვის სასურველ ენაზე. აღნიშნული მარტივად წყვეტს უცხოელის ინფორმირებულობის პრობლემას.

2.3. პროცესის ვიზუალიზაცია

დიგიტალიზაცია იძლევა შესაძლებლობას, პაციენტი არა მხოლოდ ტექსტობრივად გაეცნოს მომსახურების შინაარსს, არამედ ხელშეკრულების დადებამდე და მის შემდეგაც ვიზუალურად გაეცნოს სამედიცინო პროცედურის თითოეულ საფეხურს. დინამიურ რეჟიმში პაციენტს შეუძლია თვალი ადევნოს, თუ რა ეტაპზეა მისი მკურნალობა და კიდევ რა პროცედურა დარჩა ჩასატარებელი. ეს უზრუნველყოფს ხელშეკრულების მხარის მაღალი ხარისხით ინფორმირებულობას. ხელშეკრულების შინაარსი ხდება გამჭვირვალე და დავის შემთხვევაში მარტივია იმის შემოწმება, ნაკლოვანი იყო თუ არა რეალურად გაწეული მომსახურება.

2.4. რისკების შესახებ ინფორმირება

ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფუნქციონალი, რომელიც შესაძლოა ჰქონდეს გაციფრულებულ სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებას, არის რისკის მენეჯმენტი. მიუხედავად იმისა, რომ წინასწარ შეუძლებელია 100 %-იანი სიზუსტით განსაზღვრა, თუ როგორ წარიმართება მკურნალობა, თითოეულ ჩვენებასა და შესაბამის სამედიცინო პროცედურას გააჩნია გარკვეული რისკები. ეს რისკები ერთ-ერთ უმთავრეს როლს თამაშობს პაციენტის მხრიდან გადაწყვეტილების მიღებაში, დასთანხმ-

დეს თუ არა გარკვეულ სამედიცინო ჩარევას. თავის მხრივ, ექიმის მიერ მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილება უნდა იქნეს მიღებული სხვადასხვა ალტერნატივისთვის დამახასიათებელი რისკების გათვალისწინების შემდეგ.

რისკების შეფასება უნდა მოხდეს ყოველი პაციენტის შემთხვევაში ინდივიდუალურად, როგორც მომსახურების გაწევამდე, ასევე დინამიურად მკურნალობის მსვლელობისას. დროის სიმცირისა და გარემოებათა კომპლექსურობის გამო შესაძლოა გართულდეს მომსახურების გამწვევის მხრიდან სრულყოფილი ანალიზი, ხოლო პაციენტის მხრიდან ინფორმაციის სრულად გააზრება. მაგრამ ასეთი სახის ინფორმირება ყოველთვის სავალდებულოა.

ამ პრობლემის გადაწყვეტა შედარებით მარტივია პროგრამულად. რისკების მენეჯმენტის პროგრამას აქვს უნარი შეამოწმოს კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში არსებული ფაქტობრივი გარემოებები და არსებული მოცემულობის მიხედვით განსაზღვროს შესაბამისი რისკები. ეს ყოველივე შესაძლებელია ასევე დინამიურ მოდუსში - თითოეული გარემოების ცვლილებასთან ერთად (სამედიცინო ჩარევის წარმატებით დასრულება ან მდგომარეობის გართულება) პროგრამა ავტომატურ რეჟიმში ითვლის და აახლებს არსებულ რისკებს. რა თქმა უნდა, ისეთ შემთხვევაში, როდესაც პროგრამულად ვერ ხერხდება რისკების ბოლომდე შეფასება, შესაძლებელი იქნება ექიმის მიერ მისი არა ავტომატურად, არამედ მანუალურ რეჟიმში განსაზღვრა. მაგრამ უმეტეს შემთხვევებში აღნიშნული ამოცანის შესრულება პროგრამამაც უნდა შეძლოს - თანაც უფრო სწრაფად და მარტივად. რისკის განსაზღვრისას კონკრეტულ რიცხვში ტრანსფორმირდება ის ცოდნა, რომელიც არსებობს სამედიცინო სფეროში და გააჩნია ექიმს. ეს ცოდნა შესაძლოა შეყვანილ იქნეს პროგრამაში და პროგრამა სწავლობს, რა ფაქტობრივი გარემოებებისას რა რისკთან გვაქვს საქმე. პრინციპში, შესაძლებელია ყველაფრის ავტომატიზაცია, რაც რაღაც კონკრეტული წესის მიხედვითაა განმეორებადი ერთი შემთხვევიდან

მეორემდე.¹⁷ არსებული სტატისტიკის გათვალისწინებით შესაძლებელია ერთიანი პროგრამული ბაზის შექმნა. შემდეგ უნდა მოხდეს იმ წესი დადგენა, თუ როგორ განსაზღვრავს ექიმი რისკს, ეს წესი კი უნდა გარდაიქმნას კოდად.¹⁸

2.5. ყველა ინფორმაცია ერთ სივრცეში

ხელშეკრულების ციფრული სახით შეთავაზებისას, მომხმარებელს აქვს საშუალება, მარტივად მიიღოს ინფორმაცია, არა მხოლოდ ხელშეკრულების პირობებზე, არამედ სამედიცინო დაწესებულებაზე, მედ-პერსონალზე, ჩატარებულ ოპერაციებზე და ა. შ. ამ ყველაფრის ჩაშენება ერთ პლატფორმაშია შესაძლებელი. ეს მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს პაციენტის ინფორმირების დონეს, რასაც, როგორც აღინიშნა, ხელშეკრულების დადებისას სამართლებრივად დიდი მნიშვნელობა აქვს.¹⁹

3. ფორმა

კანონი არ ითვალისწინებს პირდაპირ დათქმას სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების ფორმის შესახებ. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 36-ე მუხლით ექიმი ვალდებულია აღმოუჩინოს პაციენტს სამედიცინო დახმარება და უზრუნველყოს მისი უწყვეტობა, თუ არსებობს ოფიციალურად გაფორმებული (წერილობითი) ან სიტყვიერი შეთანხმება.

ცხადია, მტკიცების გამარტივების მიზნით, მიზანშეწონილია წერილობითი ხელშეკრულების შედგენა.

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების წერილობით გაფორმება შესაძლებელია ციფრული სახითაც. ხელშეკრულების ელექტრონული ფორმით დადება მტკიცებულებების უზრუნველყოფაში ეხმარება როგორც პაციენტს, ისე მედ-პერსონალს. პირველ რიგში, სადავო აღარ არის რაზე და როდის შეთანხმდნენ

მხარეები. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ციფრული ხელშეკრულების გაფორმებისას პლატფორმაზე შესაძლოა ჩაშენდეს ყველა განმარტება და დამატებითი ინფორმაცია, რომელიც უკავშირდება ხელშეკრულებას. შესაბამისად, მარტივია იმის დადგენა, თუ რა ინფორმაცია ჰქონდა პაციენტს ხელშეკრულების გაფორმებისას. რადგანაც პაციენტის ინფორმირება პროცედურების შინაარსზე ხორციელდება ციფრულად, ავტომატურ რეჟიმში, მარტივია იმის მტკიცება, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ მოახდინა პაციენტის ინფორმირება.

ხელშეკრულების პირობებთან ერთად შესაძლებელია ასევე თავად ჩატარებული პროცედურების ელექტრონულ სისტემაში შეტანა. შემდეგ პროგრამა მარტივად მოახდენს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული შესრულების შედარებას რეალურად განხორციელებულ შესრულებასთან. ამით არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების მენეჯმენტი ხდება მარტივი, არამედ სამართლებრივად პროგრამას შეუძლია გააფრთხილოს სამედიცინო დაწესებულება შესაძლო ნაკლოვანი შესრულების შესახებ და ხელშეკრულების პირობის დარღვევის შემთხვევაში ავტომატურად შეუქმნას მტკიცებულება პაციენტს. ხელშეკრულების ჯეროვნად შესრულების შემთხვევაში კი პროგრამული ჩანაწერი სამედიცინო მომსახურების გამწვანის მტკიცებულებას წარმოადგენს, რომ ყველა ნაკისრი ვალდებულება შესრულებული იქნა. ყველა მონაცემი, რომელიც პროგრამაში იქნება შეტანილი, შესაძლოა ავტომატურად დაარქივდეს რათა საჭიროებისას გამოყენებულ იქნეს მტკიცებულებად.

4. მხარეები

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების მხარე, როგორც წესი, სამედიცინო დახმარების მიმღები პაციენტია, გარდა გამონაკლისი შემთხვევისა, როდესაც პაციენტის ჯანმრთე-

¹⁷ ბრაიდენტახი/გლატცი, სამართლის დიგიტალიზაცია, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი 1/2020, 2.

¹⁸ ბრაიდენტახი, გადაწყვეტილებების, პროცესისა და ნორმების გამოყენების ავტომატიზირება: წესების მომავა-

ლი კოდია, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი 2/2020, 1.

¹⁹ იხ. ასევე კვანტალიანი/რუსიაშვილი, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, 5.

ლობის და ასაკის გათვალისწინებით, სამედიცინო დახმარების პირობები პაციენტის წარმომადგენელთან (ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი) თანხმდება.

რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების გააუმჯობესებს, სტაციონარში მომსახურების ხელშეკრულების მხარე სამედიცინო დაწესებულებაა, რომელიც შესაბამისი უფლებამოსილი პირითაა წარმოდგენილი, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც სამედიცინო მომსახურებას დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმი ეწევა (ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 3, დ, საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 7-17 მუხ.).

გერმანული სამართლით, სტაციონარში მომსახურებისას, ჩვეულებრივ, სახეზეა ე. წ. „საავადმყოფოში ტოტალური სამედიცინო მომსახურების გაწევის“ ხელშეკრულება პაციენტსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის. სამედიცინო დაწესებულება იღებს ვალდებულებას, გაუწიოს პაციენტს დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამისი სრული სამედიცინო მომსახურება, მათ შორის, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. სამართლებრივად, ექიმები ამ შემთხვევაში გამოდიან, როგორც შესრულებაზე ვალდებული პირის (კლინიკის) დამხმარეები, თუ ისინი ამავედროულად არ არიან სამედიცინო დაწესებულების ორგანოები - ხელმძღვანელობის და წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების მქონე პირები.²⁰

პაციენტს ასევე აქვს შესაძლებლობა, განსაზღვრული შესრულება მიიღოს კონკრეტული ექიმისაგან და კონკრეტულად მასთან დადოს ხელშეკრულება. გერმანული სამართალი ამ შემთხვევას „საავადმყოფოში ტოტალური მედმომსახურების გაწევის ხელშეკრულების“ დანამატ „საექიმო (მომსახურების) ხელშეკრულებად“ განიხილავს. გარდა ამისა, ცალკე შეიძლება დაიდოს ასევე სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება სხვადასხვა დარგის მთავარ თუ წამყვან ექიმებთან (ე. წ. არჩეულ ექიმთა ჯაჭვი).²¹

5. ხელშეკრულების პირობები

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების არსებით პირობას გასაწევი მომსახურების მოცულობა და მისი ანაზღაურება წარმოადგენს.

სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე მხარეთა შეთანხმებაში ნათლად, გარკვევით უნდა ჩამოყალიბდეს შესასრულებელი სამედიცინო მომსახურების სახე (დიაგნოსტიკა, გამოკვლევა, მკურნალობა, ქირურგიული ჩარევა და სხვა).

ურთიერთობის თავისებურებიდან გამომდინარე, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მხარეთა უფლება-მოვალეობების ზუსტად განსაზღვრა. მიზანშეწონილია, ხელშეკრულებაში აისახოს პაციენტის უფლება სამედიცინო მომსახურების გააუმჯობესებს არჩევის და ნებისმიერ დროს მისი შეცვლის თავისუფლებაზე; ჯანმრთელობის მდგომარეობის, დაავადების, ჩასატარებელი გამოკვლევების და მკურნალობის მეთოდების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მიღების თაობაზე; კონფიდენციალობის და ხარისხიანი მომსახურების თაობაზე;

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება ამ ნაწილში პაციენტისათვის გარკვეულწილად შეიძლება ითავსებდეს სამართლებრივი ინფორმირების ფუნქციასაც, ვინაიდან ჩამოთვლილი უფლებები გათვალისწინებულია პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონში. მიუხედავად ამისა, ამ უფლებათა მნიშვნელობიდან გამომდინარე, ხელშეკრულებაში მათი მითითება სასურველია.

პაციენტის მოვალეობათა ნაწილში განისაზღვრება ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება პირადი მონაცემებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (ჩივილები, გადატანილი ან/და მიმდინარე დაავადებები, ჩატარებული მკურნალობა), აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულებაში დადგენილი წესების დაცვა. ციფრული ხელშეკრულების შემთხვევაში პაციენტისთვის გაცილებით მარტივია სწრაფად მიაწოდოს სამედიცინო დაწესებულებას როგორც პირადი მონაცემე-

²⁰ კვანტალიანი/რუსიაშვილი, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022.

²¹ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 115. ცი-

ტირებულია კვანტალიანი/რუსიაშვილი, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022.

ბი, ისე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია. ერთიანი პორტალის არსებობის შემთხვევაში ერთი დაწესებულებისთვის წარდგენილი ინფორმაცია პაციენტს შეუძლია ავტომატურად გადაიტანოს სხვა დაწესებულებაში ისე, რომ თავიდან არ დასჭირდეს ყველა მონაცემის შეყვანა.

სამედიცინო მომსახურების გამწვანის ვალდებულებები მოიცავს იმ წესებს, რაც განსაზღვრულია კანონით (ხარისხიანი, დადგენილი სტანდარტებით მომსახურება, კონფიდენციალობის დაცვა, სათანადო პირობების შექმნა და სხვა).

ამასთან, ხელშეკრულება უნდა მოიცავდეს ზოგადად ხელშეკრულებისთვის აუცილებელ ისეთ მნიშვნელოვან პირობებს, როგორებიცაა: მხარეთა მონაცემები, (ფიზიკური პირის პირადი მონაცემები, იურიდიული პირის რეგისტრაციის მონაცემები); ხელშეკრულებაზე ხელმოწერი პირის უფლებამოსილების დამადასტურებელი დოკუმენტი (იურიდიული და ფიზიკური პირის წარმომადგენელი) - მინდობილობა (გაცემის და მოქმედების თარიღი, უფლებამოსილების ფარგლები); ფიზიკური პირის პირადი ნომერი, იურიდიული პირის შემთხვევაში საიდენტიფიკაციო კოდი და იურიდიული პირის წარმომადგენელი პირის უფლებამოსილების დამადასტურებელ დოკუმენტზე უნდა იყოს მითითება. შესავალი ნაწილი ასევე უნდა მოიცავდეს მისი დადების ადგილსა და თარიღზე მითითებას, რასაც როგორც მატერიალურსამართლებრივი (შესრულების ადგილისა და დროის განსაზღვრა, ხანდაზმულობის ვადები) ისე პროცესუალური (განსჯადობა) მნიშვნელობა აქვს.

ხელშეკრულებით ასევე ზუსტად უნდა განისაზღვროს გასაწევი მომსახურების ფასი და ანგარიშსწორების წესი (ნაღდი/საბანკო). სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ფარგლებს გარეთ გაწეული მომსახურების შემთხვევაში ხელშეკრულებაში უნდა მიეთითოს შესრულებული მომსახურების ფასი (ჯანმრთელობის

დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი 60-ე მუხ.).

უნდა აღინიშნოს, რომ ხელშეკრულების ნაწილს არ წარმოადგენს ინფორმირებული თანხმობა, ვინაიდან ასეთი თანხმობა პაციენტისაგან (ან ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლისაგან) მიიღება ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის (სამკურნალო, პრევენციული ან სარეაბილიტაციო) თაობაზე მკურნალი ექიმის მიერ სრულყოფილი და აღქმადი ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ (პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის 4. „ბ“).

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების დიდი ნაწილი შესაძლოა სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან შეთავაზებული იყოს სტანდარტული პირობების სახით. ასეთ დროს დავა შესაძლოა წარმოიშვას, რამდენად მოხდა ამ პირობების ჩართვა ხელშეკრულებაში.²² როდესაც ხდება ხელშეკრულების ციფრულად გაფორმება, შესაძლებელია პროგრამულად ხელშეკრულების გენერატორის ისე შექმნა, რომ პაციენტმა ინდივიდუალურად მონიშნოს და დაადასტუროს თანხმობა თითოეულ პირობაზე. ამით მარტივად იქნება აცხადებული თავიდან ყველა ნაირი პოტენციური დავა სტანდარტული პირობების ხელშეკრულებაში ჩართვასთან დაკავშირებით.

6. სამედიცინო მომსახურების „სმარტ კონტრაქტი“

სმარტ კონტრაქტის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელია ის, რომ ხელშეკრულების გაფორმებისთანავე მასში ხდება ხელშეკრულების ნაწილობრივი ან სრული შესრულების ავტომატიზირებული მექანიზმის ჩაშენება.²³ ასეთი ჭკვიანი კონტრაქტები, რომელთაც აქვთ თვითაღსრულების ფუნქციონალი, უზრუნველყოფენ არა მხოლოდ დროის დაზოგვას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულების შესრულებისას, არამედ მხარეებისთვის წარმოშობენ მეტ გარანტიასა და ნდობას.

²² რუსიაშვილი/ალადაშვილი, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია/რუსიაშვილი (რედ.), მუხლი 343, 1-ელი და მომდევნო ველები.

²³ Glatz, Smart Contracts, in Breidenbach/Glatz (Hrsg.), Rechts-handbuch Legal Tech, 2. Auflage, München 2020, Kap. 5.3.

როდესაც საქმე ეხება სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებას, მნიშვნელოვანია მკაფიო ზღვრის გავლება, თუ რა ფუნქციებით შეიძლება აღიჭურვოს სმარტ კონტრაქტი. აქ მდგენელად გვევლინება როგორც სამართლებრივი, ისე ტექნიკური და ეთიკური შეზღუდვები. მკურნალობის, როგორც ასეთის, ავტომატიზირება ეთიკურად დაუშვებელი, ტექნიკურად შეუძლებელი და სამართლებრივად გაუმართლებელია. თუმცა სამედიცინო მომსახურების სამართალურთიერთობა მხოლოდ მკურნალობით არ შემოიფარგლება. მას თან ახლავს არაერთი დამატებითი ვალდებულება.²⁴ გარდა ამისა, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების გაფორმება და შესრულება მოითხოვს მედიცინის მენეჯმენტის ფარგლებში არაერთი ქმედების განხორციელებას. სწორედ ამ ქმედებების ავტომატიზირება შეიძლება სმარტ კონტრაქტების ფარგლებში. პროცესის მენეჯმენტი შესაძლებელია კომპიუტერული კოდის მეშვეობით. მაგალითად, მკურნალობის პროცესში დახარჯული სამედიცინო მასალის ნუსხა შეიძლება ავტომატურად შედგეს პროგრამის მიერ, დაანგარიშდეს და გაიწეროს შესაბამისი ხარჯები, ავტომატურად გაფორმდეს შეკვეთა მარაგის შესავსებად და სხვა. შესაძლებელია ასევე ხელშეკრულებიდან გამომდინარე ხარჯთაღრიცხვის ავტომატური შედგენა, ანაზღაურების მიზნით მიმართვის ავტომატურად გაგზავნა სადაზღვევო კომპანიისთვის ან სახელმწიფოს შესაბამისი უწყებისთვის. მართალია, თავად მკურნალობა არა, მაგრამ ყველაფერი ტექნიკური, რაც მკურნალობას ახლავს, შესაძლოა გაიწეროს პროგრამაში და ავტომატურად წარიმართოს სმარტ კონტრაქტის გაფორმების შემთხვევაში. პროცესის მენეჯმენტი სამართლის ტექნოლოგიების გამოყენებით წარიმართება ისე, რომ უზრუნველყოფილი იყოს სამართლებრივი შესაბამისობა, გამოირიცხოს ადამიანური შეცდომა, მაგალითად, კალკულაციაში და ამ ყველაფერში დამატებითი დრო აღარ დაიხარჯოს.²⁵

7. ხელშეკრულებიდან გამომდინარე დავა

როდესაც ხელშეკრულების შედგენა ხდება ლიგალტექნის გამოყენებით, ბუნებრივია, პროგრამაში ინახება ინფორმაცია, თუ რა პირობებით გაფორმდა ის. თუ სისტემაში მოხდება ასევე ფაქტობრივად გაწეული მომსახურების შესახებ ინფორმაციის შეყვანა, პროგრამას შეუძლია თავად განსაზღვროს, სახეზე არის თუ არა ხელშეკრულების დარღვევა. დარღვევის არსებობის შემთხვევაში შესაბამისი სარჩელის მომზადება შესაძლებელია მოხდეს ავტომატურ რეჟიმში, რასაც, სავარაუდოდ, მხოლოდ რამდენიმე წამი დასჭირდება. თავის მხრივ, როდესაც პაციენტი დაობს, რომ მას გაეწია არასათანადო მომსახურება, პაციენტის მიერ წარდგენილ სარჩელზე პროგრამამ შეიძლება ავტომატურად მოამზადოს შესაგებელი, მიუთითოს, რა პირობებით დაიდო ხელშეკრულება და როგორ შესრულდა ის. შედეგად, სამედიცინო დაწესებულებას შეუძლია რამდენიმე წამში, ყოველგვარი დამატებითი დანახარჯის გარეშე აქციოს პროგრამაში არსებული ინფორმაცია შესაგებლად, რომელიც შეუძლია წარადგინოს სასამართლოში და დაიცვას საკუთარი პოზიცია.

იგივე შეიძლება ითქვას თანხის ანაზღაურებასთან დაკავშირებულ დავაზე, რომელიც შეიძლება წარმოიშვას სადაზღვევო კომპანიასთან ან სახელმწიფოსთან. ყველა საჭირო სამართლებრივი დოკუმენტის მომზადება პროგრამას ავტომატურ რეჟიმში შეუძლია, რათა მარტივად და სწრაფად მოხდეს კუთვნილი ანაზღაურების მიღება.

დასკვნა

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება წარმოადგენს რა სამედიცინო მომსახურების გაწევის ყველაზე გავრცელებულ საფუძველს, მნიშვნელოვანია მხარეებისთვის ნათელი

²⁴ *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht - Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 7. Aufl. Rn. 101.

²⁵ ბრაიდენტახი, გადაწყვეტილებების, პროცესისა და ნო-

რმების გამოყენების ავტომატიზირება: წესების მომავალი კოდია, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი 2/2020, 1.

იყოს, თუ რა შინაარსით იდება ის. პირველ რიგში, ყურადღება უნდა მექცეს თავად ხელშეკრულების ტიპს. უმეტეს შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება ფორმდება, ექიმი და სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულებას იღებს, ჩაუტაროს პაციენტს საჭირო მკურნალობა. შედეგზე პასუხისმგებლობის აღება არ ხდება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება, როგორც წესი, არის არა ნარდობის, არამედ მომსახურების ხელშეკრულება.

ხელშეკრულების დადებისას მოქმედებს ხელშეკრულების თავისუფლების პრინციპი, რაც მოიცავს არა მხოლოდ შინაარსის, არამედ ასევე ფორმის თავისუფლებასაც. თუმცა, შინაარ

სის განსაზღვრისას რიგ შემთხვევაში აუცილებელია კანონით დადგენილი გარკვეული პირობების დაცვა.

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების დიგიტალიზაციას დიდი პრაქტიკული სარგებელი აქვს ორივე მხარისთვის. ლიგალტექის გამოყენებით ხელშეკრულების შინაარსი ხდება გამჭვირვალე და პაციენტი უკეთაა ინფორმირებული წინასახელშეკრულებო ეტაპზე. სამართლის ტექნოლოგიების გამოყენება შესაძლებელია ასევე მედიცინის მენეჯმენტში, რათა ხელშეკრულებიდან გამომდინარე პროცესი წარმართოს კანონმდებლობითა და თავად ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მოთხოვნების შესაბამისად.

სამედიცინო ტრიაჟის სისხლისსამართლებრივი და კონსტიტუციური ასპექტები

გიორგი ხაზაღია (L.L.M Köln)

გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტის დოქტორანტი და მოწვეული ლექტორი
მოსამართლის უფროსი თანამემწე (საკონსტიტუციო სასამართლო)

საძიებო სიტყვები: სამედიცინო ტრიაჟი, Ex ante ტრიაჟი, Ex post ტრიაჟი, პრევენციული ტრიაჟი, მოვალეობათა კოლიზია, პაციენტის შერჩევა, გადარჩენის შანსი, არსებობის თეორია, ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლო.

აბსტრაქტი

COVID – 19 - მა უდიდესი გამოწვევების წინაშე დააყენა მსოფლიო. ფაქტობრივად არ დარჩა სფერო, რომელსაც პანდემია არ შეეხო. ამ მხრივ გამონაკლისი არც მედიცინის სისხლის სამართალი და ადამიანის უფლებებია. კორონავირუსული ინფიცირების მაჩვენებლების სწრაფმა ზრდამ ევროპის ცალკეულ ქვეყნებში სამედიცინო ტრიაჟის სიტუაციაც კი შექმნა. არსებული სამედიცინო და ადამიანური რესურსი ზოგიერთ სახელმწიფოში არ აღმოჩნდა საკმარისი ყველა მკურნალობის საჭიროების მქონე პაციენტისთვის. ასეთ დროს ექიმი დგას დილემის წინაშე თუ რომელ პაციენტს გაუწიოს დახმარება და რა საფუძველზე დაყრდნობით მიმართოს არსებული სამედიცინო-მატერიალური რესურსი კონკრეტულ პირზე. ეს არის საკითხები, რომლებიც ცდება სამედიცინო ეთიკის სტანდარტებს და მოითხოვს სისხლისსამართლებრივ, ასევე კონსტიტუციურ ჭრილში განხილვას. ამდენად, მნიშვნელოვანია იმის გაანალიზება, თუ სად გადის ასეთ სიტუაციაში ზღვარი ექიმის სისხლისსამართლებრივ პასუხისმგებლობასთან მიმართებით. გარდა ამისა, სამედიცინო ტრიაჟის

ეს სცენარის შესაძლო განვითარებისას, დღის წესრიგში დგება საკითხი მისი საკანონმდებლო მოწესრიგებისა, რაც, ერთი მხრივ, ხელს შეუწყობს ექიმის მოქმედების ჩარჩოების მკაფიო განსაზღვრას, ხოლო მეორე მხრივ ადამიანის უფლებებისა და კონსტიტუციური სტანდარტების დაცვას.

მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების სამედიცინო და იურიდიული წრის წარმომადგენლებმა ჯერ კიდევ უშუალოდ სამედიცინო ტრიაჟის შემთხვევების დადგომამდე დაიწყეს ამ უკანასკნელი საკითხის სამედიცინო ეთიკის და სამართლებრივი შეფასების ჭრილში კვლევა. ინფიცირებულთა რაოდენობის ყოველდღიური მატების ფონზე იმთავითვე ნათელი იყო, რომ საზოგადოება და მსოფლიო ყველანაირი სცენარისთვის უნდა ყოფილიყო მზად. სამედიცინო ტრიაჟის თვალსაზრისით, პრაქტიკულ დონეზე გამოიკვეთა გარკვეული კატეგორიის პირთა, როგორც მოწყვლადი ჯგუფების, დაცულობის პრობლემა. ამ მხრივ განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები.

თუმცა, ზემოხსენებული სამედიცინო ტრიაჟთან დაკავშირებული პრობლემის მხოლოდ ერ-

თი მხარეა. სამედიცინო ტრიაჟის ვითარებამ დღის წესრიგში დააყენა მისი კონსტიტუციური და სისხლისსამართლებრივი კვლევის საჭიროება. ექიმის მოქმედების ეთიკური და სისხლისსამართლებრივი ჩარჩოები, მორალი, ზნეობა სიცოცხლის უფლების შინაარსობრივი მხარე, ღირსების უფლება, და ზოგადად ადამიანის კონსტიტუციური უფლებები, ის საკითხებია, რომლებიც განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს. გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკას ამ პრობლემების კვლევასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანი გამოცდილება დაუგროვდა. უშუალოდ პანდემიის მასშტაბების გაზრდასთან ერთად გერმანულ სამედიცინო და იურიდიულ ლიტერატურაში სულ უფრო მზარდი დისკუსიის საგანია სამედიცინო ტრიაჟის ეთიკური და სამართლებრივი მხარე. რიგ ქვეყნებში, მათ შორის გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში, სამედიცინო სექტორის წარმომადგენელთა მხრიდან შემუშავებულია სამედიცინო ტრიაჟის დროს შესაბამისი სახელმძღვანელო მითითებები. აღნიშნული რეკომენდაციების საფუძველზე დადგენილია, რომ პაციენტებს შორის არჩევის გაკეთების ერთადერთი პარამეტრი არის „დახარისხების“ სწორი პროცედურა, ადამიანის სიცოცხლის პატივისცემა, მკურნალობის კლინიკურ მიზანშეწონილობასა და პროპორციულობის კრიტერიუმებზე დაყრდნობით. ეთიკური თვალსაზრისით მიუღებელია ნებისმიერი სხვა შერჩევის კრიტერიუმი, როგორცაა ასაკი, სქესი, სოციალური ან ეთნიკური კუთვნილება, შეზღუდული შესაძლებლობის გათვალისწინება, რადგან ეს ახდენს სიცოცხლის რანჟირებას იმის მიხედვით, თუ რომელია მეტ-ნაკლებად ღირებული, რაც ადამიანის უფლებების დარღვევაა.

სტატიაში გერმანული იურიდიული დოქტრინისა და სასამართლო გადაწყვეტილებების შესწავლის, მათი განზოგადოებისა და შეფასების საფუძველზე გაანალიზებულია აღნიშნული საკითხი და მიღებულია კონკრეტული დასკვნები.

შესავალი

განსაკუთრებით 2021 წლის ბოლოს კორონავირუსით ინფიცირების მზარდი ტენდენციის გათვალისწინებით სულ უფრო აქტუალური და პრობლემური გახდა სამედიცინო ტრიაჟის შესაძლო სცენარის განვითარება საქართველოში. საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილებამ აჩვენა, რომ შესაძლებელია საქართველოც აღმოჩენილიყო საწოლფონდისა და სასუნთქი აპარატურის დეფიციტის წინაშე. ასეთ პირობებში ექიმი იძულებულია გადაწყვიტოს, თუ რომელი პაციენტი ისარგებლებს სამედიცინო მომსახურებით. მართალია, დღეის მდგომარეობით პანდემია თანდათან უკან იხევს, თუმცა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, ის ჯერ დასრულებული არ არის და არ გამოირიცხება ახალი კორონავირუსული ტალღის შესაძლო აფეთქებაც.

ტერმინი „ტრიაჟი“ ფრანგული წარმომავლობისაა და ნიშნავს სორტირებას, გადარჩევას. სამედიცინო ტრიაჟის შემთხვევები აქტიურად გამოიყენება სამხედრო სფეროსა და კატასტროფულ/საგანგებო მედიცინაში. იგი ასახავს ვითარებას, როდესაც სახეზეა დახმარების საჭიროების მქონე ბევრი პაციენტი, თუმცა სამედიცინო რესურსი არის შეზღუდული და შეუძლებელია მისი გამოყენება ყველა შემთხვევის მიმართ. სისხლის სამართლის დოქტრინაში ერთმანეთისგან განასხვავებენ ტრიაჟის სამ ფორმას. Ex ante ტრიაჟი, როდესაც ერთდროულად იმდენი პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო დახმარებას, ვიდრე ინტენსიური თერაპიის საწოლი არის ხელმისაწვდომი. Ex post ტრიაჟის დროს უკვე დაწყებული მკურნალობა წყდება სხვა პაციენტის სასარგებლოდ, რომელსაც აქვს გადარჩენის უკეთესი შანსი.¹ გარდა ამისა, ასევე არსებობს პრევენციული ტრიაჟის შემთხვევა, როდესაც ინტენსიური თერაპიის საწოლები რჩება თავისუფალი, რათა შემდგომში ისინი ხელმისაწვდომი გახდეს პაციენტებისთვის, რომლებთანაც შეიძლება ჰქონდეთ გადარჩენის უკეთესი შანსი. ყველა ზემოხსენებულ შემ-

¹ Sowada C., Strafrechtliche Probleme der Triage in der Corona-Krise. Neue Zeitschrift für Strafrecht, Heft 11. 2021.

თხვევაში პაციენტის გარდაცვალება ექიმის მიერ სულ მცირე შეგნებულად არის დაშვებული.

დოქტრინული დისკუსიები სამედიცინო ტრიაჟთან დაკავშირებით ზოგადად არ არის ახალი.² თუმცა, კოვიდპანდემიის პირობებში არსებული გამოწვევებიდან გამომდინარე, მან განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა. დღის წესრიგში დგას მთავარი საკითხი, რამდენად არის გადაწყვეტილებები, რომლებსაც ჩვეულებრივ ექიმები სამედიცინო ეთიკის ფარგლებში იღებენ, სისხლისსამართლებრივად შესაფასებელი. განსაკუთრებით იმის ფონზე, რომ პანდემიის დროს სამედიცინო ტრიაჟის მომწესრიგებელი კანონმდებლობა არ ჩანს. ასევე მხედველობაშია მისაღები, რომ ბევრი ფაქტორი, მათ შორის არასამართლებრივი ხასიათის, გასათვალისწინებელია. ერთი რამ კი ცხადია, ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება ვერ იქნება სამართლებრივი შეფასებისგან დისტანცირებული.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ნაშრომის პირველი ნაწილი დაეთმობა სამედიცინო ტრიაჟის თითოეული ფორმის სისხლისსამართლებრივ შეფასებას, გაანალიზდება ამ მხრივ არსებული შეხედულების დადებითი და უარყოფითი მხარეები. მეორე ნაწილში კი ყურადღება გამახვილდება სამედიცინო ტრიაჟის შემთხვევებისას საკანონმდებლო მოწესრიგების აუცილებლობასა და მის მნიშვნელობაზე. კვლევის მესამე ნაწილი კი მიმოიხილავს *de lege ferenda* სამედიცინო ტრიაჟის მომწესრიგებელი კანონმდებლობის კონსტიტუციურ მოთხოვნებს და მოახდენს იმ სტანდარტების იდენტიფიცირებას, რომელსაც უნდა აკმაყოფილებდეს ის ნორმატიული აქტი, რომელიც მომავალში დაარეგულირებს ზემოხსენებულ საკითხს. დასკვნით ნაწილში კვლევის შედეგები შეჯამდება და შესაბამისი რეკომენდაციები გაიცემა.

1. Ex ante ტრიაჟი

1.1 მოვალეობათა კოლიზია, როგორც ექიმის ქმედების მართლწინააღმდეგობის გამო-მრიცხავი გარემოება

დაუწერელი, მაგრამ საყოველთაოდ აღიარებული მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხავი გარემოების - მოვალეობათა კოლიზიისას პირი არჩევანს აკეთებს ორ ან მეტ სამართლებრივ სიკეთეს შორის, რომელთაც თანაბარი სამართლებრივი ღირებულება აქვთ.³ ასეთ დროს გარანტიის მოქმედება არ არის მართლსაწინააღმდეგო. სისხლის სამართლის დოქტრინაში გაბატონებული შეხედულებით, Ex ante ტრიაჟის დროს ექიმის ქმედება გამართლებულია მოვალეობათა კოლიზიის საფუძველზე, თუ პირობითად ორ პაციენტს, მათი მდგომარეობიდან გამომდინარე თანაბრად ესაჭიროება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მკურნალობა ან წვდომა სასუნთქ აპარატზე.⁴ განსახილველ შემთხვევაში ჩანს ექიმის მოქმედების განხორციელების თანაბარი მოვალეობა ორივე პაციენტის მიმართ, რაც ობიექტურად შეუძლებელია. აღნიშნული გამომდინარეობს იქიდან, რომ შეუძლებლის შესრულების ვალდებულების არარსებობის პრინციპის თანახმად, ობიექტურად შეუძლებელი ვერ მოითხოვება სამართლებრივად. შესაბამისად, არ არის დამაჯერებელი სისხლის სამართლის დოგმატიკაში არსებული განსხვავებული მოსაზრება იმასთან დაკავშირებით, რომ ასეთ შემთხვევებში ჩანს მართლსაწინააღმდეგო უმოქმედობა, ხოლო ექიმის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა შესაძლოა გამოირიცხოს ბრალის ეტაპზე.⁵ ასევე არ არის თანმიმდევრული მსჯელობა, რომლის მიხედვითაც მოვალეობათა კოლიზიის დროს ექიმი საკუთარი მოქმედებით ჯამში ორივე პაციენტის მიმართ ამცირებს საერთო რისკს, რაც იწვევს ქმედების შემადგენლობის ეტაპზე მისი

² Welzel H., Das deutsche Strafrecht 10. Auflage. Berlin, 1967, გვ. 179.

³ ტურავა მ., სისხლის სამართლის ზოგადი ნაწილი, დანაშაულის მოძღვრება, 2011, თბილისი, გვ.400.

⁴ Rengier R., Strafrecht Allgemeiner Teil 12. Auflage, 2020,

München, გვ.46.

⁵ Jeschek H.-H./Weigend T., Lehrbuch des Strafrechts 5. Auflage, Berlin, 1996, გვ. 376; იხ. ასევე Fischer T., Strafrecht mit Nebengesetzen 68. Auflage, München, 2021, გვ.111.

სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის გამორიცხვას.⁶

მოვალეობათა კოლიზიის თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ ექიმს ასეთ დროს აქვს არჩევის თავისუფლება. როდესაც ერთმენ-თთან კონკურენციაში მყოფი მოვალეობები არის თანაბარი ღირებულებისა და არ არსებობს სპეციალური სამართლებრივი მოწესრიგება, ექიმს აქვს შესაძლებლობა აირჩიოს კონკრეტული პირი, რომელსაც ის სამედიცინო დახმარებას გაუწევს.⁷ მოვალეობის შესრულების შედეგად ამ დროს არ იკვეთება მკვლელობის უმართლობა განხორციელებული სხვა პაციენტის მიმართ.

1.2 ექიმის მიერ პაციენტის შერჩევის კრიტერიუმები

Ex ante ტრიაჟის დროს პაციენტთა შერჩევისას შეიძლება განისაზღვროს კრიტერიუმები, რომლებიც ეთიკურ მხარესთან ერთად სამართლებრივადაც იყოს მბოჭავი. ქართულ რეალობაში დღემდე ვერ ვხვდებით უფლებამოსილი ორგანოების მხრიდან შემუშავებულ გაიდლაინებს, რომლებიც ზემოხსენებულ საკითხებს დეტალურად დაარეგულირებდა. გამომდინარე აქედან, რელევანტურია უცხო გამოცდილების გაანალიზება. გერმანიის სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ 2020 წლის 27 თებერვალს შემუშავებული რეკომენდაციების თანახმად, პაციენტები უნდა შეირჩეს გააზრებული, დასაბუთებული, გამჭვირვალე და, რაც მთავარია, ერთიანი კრიტერიუმების მიხედვით. სიცოცხლის თანაბარიღებულების პრინციპი კრძალავს ადამიანთა პირდაპირ თუ არაპირდაპირ განსხვავე-

ბას მათი ასაკის ან/და მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის გათვალისწინებით.⁸ 2020 წლის 25 მარტს გერმანიის ინტენსიური თერაპიისა და გადაუდებელი მედიცინის ინტერდისციპლინურმა ასოციაციამ (DIVI) წარმოადგინა კლინიკურ-ეთიკური რეკომენდაციები. ხსენებული რეკომენდაციის თანახმად, აცილებადი სიკვდილის რაოდენობა მინიმუმამდე უნდა იყოს შემცირებული.⁹ პრიორიტეტიზაცია უნდა ეფუძნებოდეს კლინიკური წარმატების პერსპექტივას. იგი უნდა შეფასდეს „მრავალჯერადი თვალის“ პრინციპით.

კლინიკური წარმატების შანსზე ორიენტირებამ სისხლის სამართლის დოქტრინაში ჰპოვა როგორც მოწონება,¹⁰ ასევე კრიტიკა.¹¹ ამ პოზიციის მოწინააღმდეგეთა შეფასებით, კლინიკური წარმატების შანსზე დაყრდნობა არახელსაყრელ მდგომარეობაში ჩააყენებს თანდაყოლილი დაავადების, ასევე შეზღუდული შესაძლებლობების და ასაკოვან ადამიანებს. აღნიშნული კი წინააღმდეგობაში მოდის კონსტიტუციური წესრიგით დადგენილი სიცოცხლის თანაბარიღებულების პრინციპთან. ამ არგუმენტაციის საწინააღმდეგოდ გამოთქმულია მოსაზრება, რომ კლინიკური წარმატების კრიტერიუმი არ ახდენს გამიზნულად ვინმეს დაუცველად დატოვებას, არამედ აღნიშნული მხოლოდ შესაბამის პროგნოზში უნდა იქნეს გათვალისწინებული. ამ გადმოსახედიდან, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პაციენტის გადარჩენის შანსები a priori არ არის ნაკლები. მეორე მხრივ, რაც შეიძლება მეტი ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენას კონტრაქტუალისტურად ცალკეული ინდივიდებისთვის აქვს ის აზრი, რომ ეს სტატი-

⁶ Jäger C./Gründel J., Zur Notwendigkeit einer Neuorientierung bei der Beurteilung der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Angesicht der Corona-Triage, in: Zeitschrift für internationale Strafrechtswissenschaft, 2020, გვ. 160.

⁷ Sternberg-Lieben D., Corona-Pandemie, Triage und Grenzen rechtfertigender Pflichtenkollision, in: Zeitschrift für Medizinstraftrecht. Heft 9, 2020, გვ. 627.

⁸ Deutscher Ethikrat., Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise, Ad-hoc Empfehlung, Berlin, 2020, გვ.3.

⁹ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Entscheidungen über die Zuteilung

intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie, Klinisch-Ethische Empfehlungen. Berlin, 2020, გვ.4.

¹⁰ Gaede C./Kubicel M./Saliger F./Tsambikakis M., Rechtmäßiges Handeln in der dilemmatischen Triage-Entscheidungssituation, in: Zeitschrift für Medizinstraftrecht. Heft 3, 2020, გვ. 133.

¹¹ Hoven E., Die „Triage“-Situation als Herausforderung für die Strafrechtswissenschaft, in: Juristenzeitung, Heft 2, 2020, გვ. 451.

სტიკურად ზრდის ყველა ადამიანის გადარჩენის შანსს.¹²

სისხლის სამართლის ლიტერატურაში ასევე უთითებენ პრიორიტეტიზაციის პრინციპზე.¹³ აღნიშნული გულისხმობს პაციენტის მკურნალობას კლინიკაში მიღების ან კლინიკაში მისვლის თანმიმდევრობით. თუმცა, აღნიშნული გამოიწვევდა მკაცრი თანაბარი და ფორმალიზებული მოპყრობის აუცილებლობას. Ex ante ტრიაჟი მოითხოვს, რომ ერთდროულად რამდენიმე პაციენტს შორის უნდა აირჩეს ის, რომელიც უფრო სასწრაფოდ საჭიროებს ინტენსიურ სამედიცინო მკურნალობას. აქ გადამწყვეტია დრო, როცა დადგინდება, რომ სულ მცირე ორ პაციენტს გადაუდებელი აუცილებლობით სჭირდება დარჩენილი ინტენსიური თერაპიის ერთადერთი პალატა.

სისხლისსამართლებრივი დისკუსიის საგანია ასევე შემთხვევითობის პრინციპზე ორიენტაცია, რომლის ფარგლებშიც ინტენსიური თერაპიის საწოლები გაიცემა წილისყრითა და ე.წ. „მონეტის აგდების საფუძველზე“.¹⁴ თუმცა, აღნიშნულიც მკაცრი ხასიათის ფორმალიზებული მოპყრობის ელემენტებს შეიცავს, რის გამოც მიუღწეველი რჩება რაც შეიძლება მეტი ადამიანის გადარჩენის ლეგიტიმური მიზანი. პირიქით, ასეთ დროს სამედიცინო რესურსები არ ამოიწურება იმ ადამიანების მიმართ, რომელთა გადარჩენის შანსი, სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, არის მაღალი. გარდა ამისა, თუ არსებობს მკაფიო ხასიათის განსხვავებული სურათი კლინიკურ პერსპექტივასთან დაკავშირებით, ექიმის მიერ გადაწყვეტილების მიბმა შემთხვევითობის პრინციპთან ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის სტანდარტებს.¹⁵

განსაკუთრებული დისკუსიის საგანია, რამდენად შეიძლება პაციენტთა არჩევა დაეყრდნოს ასაკის კრიტერიუმს.¹⁶ ამ კუთხით არსებობს

ევროპული გამოცდილება. იტალიის სამედიცინო ასოციაციის სამუშაო ჯგუფის რეკომენდაციით, ინტენსიური თერაპიისა და სამედიცინო რესურსის ხელმისაწვდომობა დაკავშირებული უნდა იყოს ასაკობრივ ზღვართან. რესურსები უნდა დიზოგოს იმ პირებისთვის, რომელთაც, ერთი მხრივ, აქვთ გადარჩენის მაღალი შანსი, ხოლო, მეორე მხრივ, შესაძლებელია სიცოცხლის მეტი ხანგრძლივობის გადარჩენა. შვეიცარიაში მართალია, ასაკი per se არ არის კრიტერიუმი, მაგრამ იგი არაპირდაპირ მხედველობაში მიიღება მოკლევადიანი პროგნოზის განსაზღვრაში. ამ უკანასკნელის იდენტიფიცირებისას კი ასაკი მთავარი ინდიკატორია.¹⁷ გერმანულ კონსტიტუციურსამართლებრივ დოქტრინაში, პრაქტიკაზე დაყრდნობით გამოთქმულია მოსაზრება, რომ ახალგაზრდა პაციენტთა პრიორიტეტულ მდგომარეობაში ჩაყენება გარკვეულწილად ეწინააღმდეგება კონსტიტუციით დადგენილ ღირებულებათა წესრიგს და ადამიანის ძირითად უფლებებს.¹⁸ კერძოდ კი, ადამიანის ღირსების უფლებას და მისგან მომდინარე სიცოცხლის თანაბარღირებულების პრინციპს.

პაციენტთა არჩევა სხვადასხვა სოციალური ნიშნის საფუძველზე ასევე წინააღმდეგობაში მოდის სიცოცხლის თანაბარღირებულების პრინციპთან. თუ სოციალური ნიშანი რელევანტურ კრიტერიუმად იქნება მიჩნეული, მაინც მრავალშვილიან დედას უნდა მიენიჭოს უპირატესობა მარტოხელა ქალთან შედარებით, რაც დაუშვებელია. აღნიშნული ეწინააღმდეგება თანასწორობის ბაზისურ მოთხოვნას. ასევე გამოირიცხულია სისტემის მნიშვნელობაზე დაყრდნობით პაციენტთა არჩევა. კერძოდ, მართალია სამედიცინო პერსონალის პრიორიტეტულ მდგომარეობაში ჩაყენება და სამედიცინო რესურსის მათკენ მომართვა ასევე ემსახურება სამომავლოდ კოვიდპანდემიის პირობებში სამედი-

¹² Gaede C./Kubicieł M./Saliger F./Tsambikakis M., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ.133.

¹³ Sternberg-Lieben D., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ. 632.

¹⁴ Rönau T./Wegner K., Grundwissen – Strafrecht: Triage in: Juristische Schulung, Heft 5, 2020, გვ.405.

¹⁵ Taupitz J., Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben? in: Zeitschrift für Medizinstrafrecht, Heft 9, 2020, გვ.449.

¹⁶ Taupitz J., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ.451.

¹⁷ Sternberg-Lieben D., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ.633.

¹⁸ Lüble W., Corona-Triage, Ein Kommentar zu den anlässlich der Corona-Krise publizierten Triage-Empfehlungen der italienischen SIAARTI-Mediziner, in: <https://verfassungsblog.de/corona-triage/> 2020. გვ. 2 (ბოლო გამოცემის თარიღი 13.05.2022)

ცინო სექტორის გამართულ ფუნქციონირებას და არაპირდაპირ მიზნად ისახავს სხვა პაციენტთა გადარჩენას (**ე.წ. გადარჩენა მომავალი გადამრჩენლების - Prinzip der Rettung weiterer Retter**), თუმცა, აღნიშნულიც წინააღმდეგობაში მოდის როგორც სიცოცხლის თანაბარღირებულების პრინციპთან, ასევე ეთიკურ სტანდარტებთან.¹⁹ სამედიცინო მომსახურებისგან გამორიცხვის დაუშვებელი კრიტერიუმია პაციენტის წინარე ხასიათის ბრალეული ქცევა. კერძოდ, ის, რომ ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება გამოწვეულია მისი გაუფრთხილებელი ან თუნდაც განზრახი ქმედებით, რაც გამოიხატა პირობითად ჰიგიენის ნორმებისა და შესაბამისი ფიზიკური დისტანციის დაუცველობაში. აღნიშნული ვერ შეამცირებს პაციენტის მკურნალობის შესაბამის ინტერესს და სამედიცინო რესურსების მისკენ მომართვის აუცილებლობას.

საბოლოოდ უნდა ითქვას, რომ Ex ante ტრიაჟის დროს ექიმის მოქმედება უნდა ეფუძნებოდეს კლინიკური წარმატების პერსპექტივას. აღნიშნულ კრიტერიუმზე დაყრდნობით არის შესაძლებელი სავარაუდო სიკვდილიანობის შემთხვევების მინიმუმამდე დაყვანა. პაციენტის არჩევის სხვა კრიტერიუმები ვერ იქნება სამართლებრივად მბოჭავი ექიმისთვის, თუმცა მისი მოქმედების შეფასებისთვის რჩება შესაბამისი ჩარჩო სამედიცინო ეთიკის ნორმებზე დაყრდნობით.

2. Ex post ტრიაჟი

2.1 ექიმის ქმედების მართლწინააღმდეგობის ეტაპზე გამორიცხვა

სამართლებრივად და ეთიკურად უფრო პრობლემურ შემთხვევას ქმნის Ex post ტრიაჟი. ასეთ დროს პაციენტის უკვე დაწყებული მკურნალობა წყდება სხვა პაციენტის სასარგებლოდ, რომლის კლინიკური სურათი გადარჩე-

ნის უკეთეს შანსებზე მიუთითებს. ექიმს შეგნებული აქვს ის ფაქტი, რომ შესაძლოა პაციენტი, რომლის მკურნალობაც წყდება მისი აქტიური მოქმედებით, მაგალითად, სასუნთქი აპარატის გამორთვით.

სისხლის სამართლის დოქტრინაში გაბატონებული შეხედულებით, Ex post ტრიაჟის შემთხვევაში ექიმის მოქმედება უნდა შეფასდეს როგორც განზრახ მკვლელობა იმ პაციენტისა, რომელსაც ის გამორთავს სასუნთქი აპარატიდან. საკითხის ამგვარად შეფასებისთვის აუცილებელია, რომ არ ჩანდეს პაციენტის დაფიქსირებული ან სავარაუდო თანხმობა. ამ შეხედულებით, ასეთ დროს დაკმაყოფილებული არ არის მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველი უკიდურესი აუცილებლობის წინაპირობები. კერძოდ, სამართლებრივ სიკეთეთა რანგირების პრინციპი მოცემულ შემთხვევაში ირელევანტურია, ვინაიდან ერთი ადამიანის სიცოცხლის ხარჯზე გადაარჩენენ მეორე ადამიანს, რომელსაც უკეთესი კლინიკური მაჩვენებელი აქვს. განვითარებული ქვეყნების სასამართლო პრაქტიკა და დოგმატიკა ერთმნიშვნელოვნად უთითებს, რომ სიცოცხლისა და ადამიანის ღირსების უფლებიდან გამომდინარე, სიცოცხლე არ ექვემდებარება ხარისხობრივ და რაოდენობრივ შეფასებას.²⁰ ნაკლებად გაზიარებული შეხედულების თანახმად, Ex post ტრიაჟის შემთხვევებიც, მსგავსად Ex ante ტრიაჟისა, უნდა შეფასდეს. როგორც მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხავი გარემოება, ვინაიდან ორივე შემთხვევა შინაარსობრივად იდენტურია.²¹ პროფესორ *ჰოვენის* მოსაზრებით, ნაკლები გადარჩენის შანსის მქონე პაციენტის გამორთვა სასუნთქი აპარატიდან და აღნიშნული სამედიცინო რესურსის გამოყენება გადარჩენის მაღალი პერსპექტივის მქონე პაციენტისთვის უნდა შეფასდეს, როგორც მოვალეობათა კოლიზია და ექიმმა პასუხი არ უნდა აგოს უმოქმედობით ჩადენილი განზრახ მკვლელობისთვის.²² პროფესორი *ბალო-*

¹⁹ Deutsche Bischofskonferenz (DBK), Triage, Medizinische Allokationsprobleme angesichts der Covid-19-Pandemie in ethischer Beurteilung. Berlin, 2020, გვ.11.

²⁰ გერმანიის ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილებების კრებულში: BverfGE 115, 118;

Schönke A./Schröder H., Strafrechtsgesetzbuch Kommentar 30. Auflage, München, 2019, გვ.524.

²¹ Jäger C./Gründel J., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ. 153.

²² Hoven E., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ.451.

გერი მკურნალობის შეწყვეტას სასუნთქი აპარატის გამორთვის გზით აქტიურ მოქმედებად აკვალიფიცირებს, თუმცა მას ეს ქმედება გამართლებულად მიაჩნია მოვალეობათა კოლიზიის საფუძველზე დაყრდნობით, თუ აღნიშნული აუცილებელია იმ პაციენტის გადასარჩენად, რომელსაც გადარჩენის მნიშვნელოვნად გამოხატული ხასიათის უკეთესი შანსი აქვს.²³ მეცნიერის შეხედულება ეყრდნობა იმ მოცემულობას, რომ თუ Ex ante ტრიაჟის დროს ექიმის უმოქმედობა გამართლდება მოვალეობათა კოლიზიის საფუძველზე, მაშინ, როდესაც ის გადარჩენის უკეთესი შანსის მქონე პაციენტს გაუწევს სამედიცინო დახმარებას, Ex post ტრიაჟის შემთხვევისას უფრო მკარცდება შეფასების მასშტაბი. კერძოდ, ექიმის მიერ პაციენტის გამორთვა აპარატიდან, მოითხოვს რომ სხვა პაციენტს ჰქონდეს **მნიშვნელოვნად** (ხაზგასმა ჩემია) უკეთესი გადარჩენის შანსი. წინააღმდეგ შემთხვევაში მისი მოქმედება ვერ იქნება მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხავი მოვალეობათა კოლიზიის საფუძველზე გამართლებული. აღნიშნული მოსაზრების განმტკიცებას მისი მხარდამჭერები ცდილობენ გერმანიის უზენაესი სასამართლოს 2010 წელს დამკვიდრებული პრაქტიკის საფუძველზე, რომლის თანახმადაც მკურნალობის შეწყვეტა გამართლებულია მათ შორის აქტიური მოქმედებით (აპარატის გამორთვის დროს). შესაბამისად, ორივე შემთხვევაში დაუშვებელია ექიმის დასჯა მკვლელობაში აქტიური დახმარებისთვის. თუმცა, ხსენებული შეხედულების საწინააღმდეგოდ უნდა ითქვას, რომ გერმანიის უზენაესი სასამართლოს ზემოხსენებული პრაქტიკით მოქმედებისა და უმოქმედობის ცნება იმგვარად არ განმარტებულია, რაც შესაძლებელს გახდიდა ერთი ადამიანის ხარჯზე მეორის გადარჩენას. დასახელებული გადაწყვეტილების ძირითადი არსი ის არის, რომ თვითგანსაზღვრის კონსტიტუციური უფლებიდან გამომდინარე გამოჩნდეს პაციენტის პირადი ავტონომიის სფეროს პატივისცემა. Ex

post ტრიაჟის დროს კი პირიქით, მკურნალობა ხდება პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ.

ლიტერატურაში ასევე ხშირად უთითებენ იმ გარემოებაზე, რომ უკვე მკურნალობის დაწყებით პაციენტს სამედიცინო დაწესებულების მიმართ უჩნდება ერთგვარი ნდობა.²⁴ თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ პირველად მოსული პაციენტი ფაქტობრივად სარგებლობს პრიორიტეტით, თუმცა სამართლებრივი წესრიგი არ არის მხოლოდ ამგვარი ფაქტობრივი გარემოებებით შებოჭილი. შესაბამისად, დამატებით შეფასების კრიტერიუმი უნდა იყოს რეალობასთან ახლოს მდგომი გადარჩენის შანსი. წინააღმდეგ შემთხვევაში მართლწესრიგი მოითხოვდა, რომ გაგრძელებულიყო იმ პაციენტის მკურნალობა, რომელსაც გამოჯანმრთელების პერსპექტივა არ აქვს, ხოლო გადარჩენის რეალური შანსის მქონე პაციენტი დარჩენილიყო სამედიცინო მომსახურების გარეშე.

ნაწილი სისხლის სამართლის დოგმატიკოსებისა აღნიშნავს, რომ უკვე მკურნალობადაწყებული პაციენტის ჩანაცვლება ახალი პაციენტით, რომელსაც აქვს გადარჩენის რეალური და უკეთესი შანსი, არა მხოლოდ პირველი პაციენტის, არამედ ზოგადად ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის ნდობაზე იმოქმედებს უარყოფითად.²⁵ ასეთ დროს პაციენტს მუდმივად ექნება იმის შიში, რომ იგი ნებისმიერ დროს შეიძლება ჩანაცვლონ ახალი პაციენტით, რომელსაც აქვს გადარჩენის უკეთესი შანსი. თავის მხრივ, ეს გამოიწვევდა სამართლებრივი წესრიგის ფარგლებში ადამიანის შიშველ ობიექტად გადაქცევას, რაც წინააღმდეგობაში მოდის კონსტიტუციით გარანტირებული ღირსების უფლებასთან. სახელმწიფომ კი ყველა ვითარებაში უნდა უზრუნველყოს სამართლებრივი წესრიგის ფუნდამენტური პრინციპების დაცვა.

²³ ამ შეხედულების თაობაზე იხ. Gaede C./Kubicieł M./Saliger F./Tsambikakis M., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ. 129

²⁴ Sowada C., იხ. დასახ. ნაშრომი, გვ.452.

²⁵ Merkel R./Augsberg S., Die Tragik der Triage – straf- und verfassungsrechtliche Grundlagen und Grenzen, in: Juristenzeitung, Heft 14, 2020, გვ. 709.

2.2 ექიმის ქმედების ბრალის ეტაპზე გადაწყვეტა

სისხლის სამართლის დოქტრინაში ასევე არის დისკუსია იმასთან დაკავშირებით, რომ Ex post ტრიაჟის დროს ექიმის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა უნდა შეფასდეს ბრალის ეტაპზე. ამ მხრივ, რელევანტურია ბრალის გამომრიცხველი საპატიებელი უკიდურესი აუცილებლობის გამოყენების შესაძლებლობა. გერმანულ სამართალში ნაწილი მეცნიერებისა არ იზიარებს ამ მოსაზრებას.²⁶ ძირითადი არგუმენტაცია ეყრდნობა იმ ფაქტს, რომ გერმანიის უზენაეს სასამართლოს საკუთარი პრაქტიკით არ უღიარებია ბრალის გამომრიცხველი საპატიებელი უკიდურესი აუცილებლობის სამართლებრივი ფიგურა. ლიტერატურაში ხშირად მოყვნილია მაგალითები, რომელთა დროსაც საპატიებელი უკიდურესი აუცილებლობა უნდა გავრცელდეს ისეთ შემთხვევებზე, როდესაც ამსრულებელი ერთი ადამიანის ხარჯზე გადაარჩენს მრავალი ადამიანის სიცოცხლეს.²⁷ თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ Ex post ტრიაჟის დროს, როგორც წესი, ადგილი აქვს არა სიცოცხლის კვანტიფიცირების შემთხვევას, არამედ პაციენტის ჩანაცვლებას. რაოდენობრივი უპირატესობის საფუძველზე საკითხის გადაწყვეტას მაშინ ექნებოდა ადგილი, როდესაც საქმე ეხება ორსული ქალის გადარჩენას, ან მკურნალობა იმდენად დიდ დროს მოითხოვს, რომ ამ პერიოდის განმავლობაში შესაძლებელია ბევრი პაციენტის გადარჩენა.²⁸ გამომდინარე აქედან, ექიმის ქმედება უნდა შეფასდეს, როგორც განზრახ მკვლელობა და ზემოხსენებული ექსტრემალური ვითარება, როგორც სასჯელის შემამსუბუქებელი გარემოება, მხედველობაში იქნეს მიღებული სასჯელის ინდივიდუალიზაციის დროს.²⁹

აღნიშნულის საწინააღმდეგოდ, სულ უფრო მზარდია შეხედულება, რომლის მიხედვითაც

Ex post ტრიაჟის შემთხვევებში შესაძლებელია საპატიებელი უკიდურესი აუცილებლობის საფუძველზე ექიმის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლება.³⁰ ამ პოზიციის სასარგებლოდ მეტყველებს ის ფაქტი, რომ Ex post ტრიაჟის დროს ჩანს არა ადამიანის სიცოცხლის რაოდენობრივი დახარისხება, არამედ რაოდენობრივი დიფერენციაცია პაციენტთა განსხვავებული კლინიკური სურათისა და პერსპექტივის მხედველობაში მიღებით. შესაბამისად, ექიმი ბრალის გამომრიცხველი საპატიებელი უკიდურესი აუცილებლობის საფუძველზე უნდა გამართლდეს, თუ დადგინდება, რომ ჩამნაცვლებელი პაციენტის კლინიკური სურათი აშკარად განსხვავებულია და მის მხარეს მნიშვნელოვნად უკეთესი გადარჩენის პერსპექტივა იკვეთება. ასეთ დროს, დამატებით თავს იჩენს სხვა სახის სისხლისსამართლებრივი პრობლემა. კერძოდ, რამდენად შეიძლება ჰქონდეთ ჩანაცვლებული პაციენტის ოჯახის წევრებს ან/და კანონიერ წარმომადგენლებს აუცილებელი დახმარების უფლება. ზოგადად, გაბატონებული შეხედულებით, აუცილებელი მოგერიებისა და მის ფარგლებში არსებული აუცილებელი დახმარების უფლება არ არის აბსოლუტური ხასიათის და ის შესაძლოა დაექვემდებაროს გარკვეულ სოციალურ-ეთიკური ხასიათის შეზღუდვებს.³¹ აუცილებელია, რომ თავდაცვა/აუცილებელი დახმარება იყოს ნებადართული და საჭირო. გამომდინარე აქედან, ნაწილი სისხლის სამართლის დოგმატიკოსების მიერ აღიარებულია, რომ ასეთ დროს არ არსებობს აუცილებელი დახმარების უფლება, ვინაიდან, საბოლოო ჯამში, ექიმი არ ახორციელებს სისხლისსამართლებრივად გასაკიცხ ქმედებას.³² ამასთან დაკავშირებით უნდა ითქვას, რომ შეუძლებელია პაციენტის ოჯახის წევრს/კანონიერ წარმომადგენელს სამართლებრივმა წესრიგმა შეუზღუდოს აუცილებელი დახმა-

²⁶ Gaede C./Kubicel M./Saliger F./Tsambikakis M., *იბ. დასახ. ნაშრომი*, გვ.135.

²⁷ Welzel H., Zum Notstandsproblem, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, Volume 63, 1969, გვ.51.

²⁸ Rönau T./Wegner K., *იბ. დასახ. ნაშრომი*, გვ. 405.

²⁹ Engländer A./Zimmermann T., „Rettungstötungen“ in der Corona-Krise? Die Covid-19-Pandemie und die Zuteilung

von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin, in: Neue Juristische Wochenschrift, Heft 20, 2020, გვ.1401.

³⁰ Hoven E., *იბ. დასახ. ნაშრომი*, გვ.454.

³¹ Kindhäuser U./Neumann U./Paefgen H-U., Strafrechtsgesetz 5. Auflage, Baden-Baden, 2017, გვ.498.

³² Jäger C./Gründel J., *იბ. დასახ. ნაშრომი*, გვ. 155.

რების უფლება და მშვიდად აყურებინოს თუ როგორ კვდება ექიმის მიერ აპარატიდან მოხსნით მათი ოჯახის წევრი. ასევე საუბარია იმაზე, რომ უშუალოდ პაციენტსაც აქვს ამ დროს აუცილებელი მოგერიების უფლება. თუმცა, აღნიშნული უფლება წმინდად ფორმალური და თეორიულია, ვინაიდან ფაქტობრივად შეუძლებელია დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე მყოფმა პაციენტმა, რომელიც დაუძლურებულია და სასუნთქ აპარატს არის მიერთებული, ისარგებლოს ამ უფლებით.

3. პრევენციული ტრიაჟი

პრევენციული ტრიაჟის დროს იზოგება სამედიცინო რესურსი, რათა მომავალში გადარჩენის უკეთესი შანსის მქონე პაციენტის მიღება გახდეს შესაძლებელი. ასეთ დროს ექიმი როგორც გარანტი, რომელიც შემოსული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციასა და მკურნალობაზე უარს იტყვის, ამ მოტივით დაისჯება უმოქმედობით ჩადენილი განზარხ მკვლელობისთვის თუ პაციენტი გარდაიცვლება.³³ შესაბამისად, მანამ, სანამ არ ამოიწურება სამედიცინო რესურსი, ტრიაჟის ეს შემთხვევა უპირობოდ ფასდება როგორც სიცოცხლის წინააღმდეგ მიმართული დანაშაული. ასეთ დროს, ფაქტობრივად არ ჩანს სულ მცირე ორი პაციენტის სამედიცინო დახმარების აუცილებლობა, შესაბამისად შეუძლებელია ვისაუბროთ მოვალეობათა კოლიზიის საფუძველზე ექიმის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლებაზე. ასევე არ იკვეთება ბრალის გამომრიცხველი საპატიებელი უკიდურესი აუცილებლობა.

4. სამედიცინო ტრიაჟის შემთხვევების საკანონმდებლო მოწესრიგების აუცილებლობა

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში სამედი-

ცინო ტრიაჟის შემთხვევა კანონმდებლობით არ წესრიგდება. ხსენებული საკითხი დარეგულირებულია სამედიცინო გაიდლაინებით, რომელსაც ნორმატიული ბუნება არ გააჩნიათ, შესაბამისად, მის დარღვევას შეიძლება მოჰყვეს ექიმის არა სამართლებრივი, არამედ მხოლოდ დისციპლინური პასუხისმგებლობა. ამ გადმოსახედიდან, არამართო სასურველი, არამედ აუცილებელიც კი არის, შეიქმნას შესაბამისი ნორმატიული საფუძველი, რომელიც იქნება ორიენტირი ექიმის მოქმედებისთვის, ხოლო მისი დარღვევა კი გამოიწვევს, მათ შორის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობას. კანონმდებლობით უნდა განისაზღვროს შესაბამისი კრიტერიუმები თუ ვინ და რა პირობების/კრიტერიუმების საფუძველზე უნდა მიიღოს სამედიცინო მომსახურება სამედიცინო ტრიაჟის დროს. ეს გამომდინარეობს კანონისმიერი დათქმის ისევე, როგორც სამართლებრივი და დემოკრატიული სახელმწიფოს კონსტიტუციური პრინციპებიდან. კონსტიტუციურსამართლებრივ დოგმატიკასა და პრაქტიკაში აღიარებული არსებითობის პრინციპიდან გამომდინარე, პარლამენტი, როგორც დემოკრატიულად ლეგიტიმირებული ორგანო, ვალდებულია კანონის სახით მიიღოს ყველა არსებითი ხასიათის გადაწყვეტილება ადამიანის ძირითადი უფლებების განხორციელების სფეროში.³⁴ ამგვარი საპარლამენტო მოწესრიგების მასშტაბი და სიცხადე განისაზღვრება არსებითობის პრინციპიდან გამომდინარე, ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში.³⁵ ამ მოთხოვნების შესაბამისად, აუცილებელია სამედიცინო ტრიაჟის საკანონმდებლო მოწესრიგება, ისევე როგორც ორგანოთა განაწილება ტრანსპლანტოლოგიის სფეროში და სამედიცინო სერვისების რაციონირება ფინანსური მიზეზების გამო, გადაწყვეტილებები კოვიდპაციენტების პრიორიტეტული მკურნალობის შესახებ არის გადაწყვეტილებები, რომლებიც არსებითად შეეხება პირის ფუნდამენტურ

³³ Ast S., *Quieta non movere? ärztliche Auswahlkriterien sowie der Behandlungsabbruch im Fall einer Pflichtenkollision aus strafrechtlicher Sicht*, in: Zeitschrift für internationale Strafrechtswissenschaft, Heft 6, 2020, გვ. 268.

³⁴ Kudlich H., Jäger C., Montiel J-P., *Aktuelle Fragen des*

Medizinstrafrechts, Berlin, 2017, გვ.119; გერმანიის ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილებები კრებულში: BVerfGE 33, 125.

³⁵ Sachs M., *Grundgesetz Kommentar*, München, 2018, გვ. 1081.

უფლებებს. შესაბამისად, სამედიცინო რესურსების განაწილების კრიტერიუმები არ უნდა იყოს მედიცინის პროფესიული ან ეთიკური თვითრეგულირების თავისუფალ სფეროში მოქცეული.³⁶ იმის გამო, რომ შერჩევის კრიტერიუმები და მათი „წონა“ განსაზღვრავს გადაწყვეტილებას პაციენტთა სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ, აუცილებელია ამ გადაწყვეტილების საპარლამენტო დათქმის ქოლგის ქვეშ მოქცევა.³⁷ მეორე მხრივ, შესაძლებელია პარლამენტის მიერ განსაზღვრული კონსტიტუციური შერჩევის კრიტერიუმების სამედიცინო ოპერაციონალიზაცია (გადაუდებლობა, გადარჩენის ალბათობა და ა.შ.), დელეგირებული უფლებამოსილების ფარგლებში დაადგინოს აღმასრულებელმა ხელისუფლებამ. ამისათვის აუცილებელია, რომ პარლამენტმა ფორმალური კანონით განსაზღვროს დელეგირების არსი მიზანი და საფუძვლები იმ მხრივ, რომ არ დაირღვეს არსებითობის კონსტიტუციური პრინციპი.

5. გერმანიის ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს 2020 წლის 16 ივლისის განჩინება

2020 წლის 16 ივლისს გერმანიის ფედერალურმა საკონსტიტუციო სასამართლომ არ დააკმაყოფილა შუამდგომლობა სამედიცინო ტრიაჟის სავალდებულო საკანონმდებლო წესით დარეგულირების თაობაზე. (გარკვეული საკითხის დროებითი განკარგულებით, წინსწრებად მოწესრიგების ინსტიტუტი გათვალისწინებულია გერმანიის ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს შესახებ კანონის 32-ე პარაგრაფით) რამდენიმე მომჩივანმა ერთობლივად შეიტანა ინდივიდუალური კონსტიტუციური საჩივარი და მოითხოვა ასევე სასამართლოს განჩინებით საკითხის წინსწრებად მოწესრიგება. კერძოდ, მომჩივანთა პოზიციით, მათ აქვთ ასევე წინარე დაავადებები, რომელთა გათვალისწინებით შესაძლებელია, რომ სამედიცინო

ტრიაჟის შემთხვევაში ინტენსიური სამედიცინო მკურნალობის მიღმა დარჩნენ და მათ მართ არ იქნეს გამოყენებული სამედიცინო რესურსი გადარჩენის ნაკლები შანსის არსებობის გამო. გამომდინარე აქედან, ისინი მოითხოვდნენ ემოქმედა კანონმდებელს და ასეთი შემთხვევები მოეწესრიგებინა შესაბამისი ნორმატიული აქტით.

საკონსტიტუციო სასამართლომ შუამდგომლობა ორი საფუძვლით არ დააკმაყოფილა. ერთი მხრივ, კონსტიტუციური საჩივრისა და მასზე თანდართული შუამდგომლობის შემოტანის დროს პანდემიური მდგომარეობა, ისევე, როგორც შესაბამისი საწოლფონდის რესურსი, ცალსახად არ მიუთითებდა, რომ განჭვრეტად მომავალში სამედიცინო ტრიაჟის შემთხვევას ნამდვილად და სარწმუნოდ ექნება ადგილი. მეორე მხრივ, სასამართლოს კონსტიტუციური საჩივარი იმთავითვე აშკარად უსაფუძვლოდ და დაუსაბუთებლად არ მიუჩნევია, თუმცა განავითარა მსჯელობა, რომ ცალკეულ შემთხვევებში სად გადის საკანონმდებლო უმოქმედობის არაკონსტიტუციურობის ზღვარი, ეს უნდა შეფასდეს არსებითი განხილვის ფორმატში და არა გარკვეული საკითხის წინსწრებადი მოწესრიგებით, რასაც ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს შესახებ კანონის 32-ე პარაგრაფი ითვალისწინებს.³⁸

6. გერმანიის ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს 2021 წლის 16 დეკემბრის გადაწყვეტილება

განსახილველი საქმის ფარგლებში მომჩივანებს წარმოადგენდნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, რომლებიც აპროტესტებდნენ საკანონმდებლო უმოქმედობას. კერძოდ, ისინი აპელირებდნენ, რომ კანონმდებელი არ იცავდა მათ ნორმატიულ დონეზე დისკრიმინაციისგან სამედიცინო ტრიაჟის დროს, რომელიც გარდაუვალი იყო განჭვრეტად მომავალში მზა-

³⁶ Fateh-Moghadam B.,/Gutmann T., Gleichheit vor der Triage, 2020, გვ.5 <https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage/> (ბოლო გამოხმობის თარიღი 13.05.2022)

³⁷ Brech A., Triage und Recht, Berlin, 2008, გვ. 117.

³⁸ გერმანიის ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილებები კრებულში: BverfG NVwZ 2020, 1353

რდი ინფიცირების მაჩვენებლის ფონზე. მათი აზრით, სამედიცინო ტრიაჟის დროს ისინი დაექვემდებარებიან უსაფუძვლო „გადარჩევას“, ვინაიდან მათი გადარჩენის შანსი იქნება ნაკლები, ვიდრე ჯანმრთელი ადამიანებისა. შესაბამისად, მათი პოზიციით ირღვევა მათი ღირსების, სიცოცხლისა და სხეულებრივი მთლიანობის უფლება. გარდა ამისა, კანონმდებელი არ ასრულებს კონსტიტუციის მე-3 მუხლის მე-3 აბზაცის მე-2 წინადადებით გათვალისწინებულ კონსტიტუციურ ვალდებულებას.

საკონსტიტუციო სასამართლოს შეფასებით, ძირითადი კანონის მე-3 მუხლის მე-3 აბზაცის მე-2 წინადადებით დადგენილია, სახელმწიფოს პოზიტიური ვალდებულება შეზღუდული შესაძლებლობა არ გახდეს დისკრიმინაციის საფუძველი. აღნიშნული კი მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან ეფექტიანი ღონისძიებების გატარებას. შესაბამისად, ზემოხსენებულ ძირითად უფლებას აქვს მრავალმხრივი განზომილება. ის, ბუნებრივია, გამოიყენება, როგორც დამცავი უფლება არ გახდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი სახელმწიფოებრივი ღონისძიების განხორციელებისას დისკრიმინაციის მსხვერპლი, ამასთან, მისგან იკითხება სახელმწიფოს პოზიტიური ვალდებულებებიც. ბუნებრივია, ეს ნორმა არ გულისხმობს ყველა შემთხვევაში სახელმწიფო მოქმედების ვალდებულებას, თუმცა ასეთი ვალდებულება წარმოიშობა მაშინ, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობა შეიძლება გახდეს სტრუქტურული უთანასწორობის საფუძველი, ასევე მაშინ, როდესაც საფრთხე შეიძლება შეექმნას უმაღლეს სამართლებრივ სიკეთეებს, როგორებიცაა: ადამიანის ღირსება და სიცოცხლე. სახელმწიფოს, ბუნებრივია, მოქმედების ვალდებულება-სთან ერთად მიზნის მისაღწევად აქვს, მიხედულობის ფართო არეალი, რომელიც ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს მიერ მხოლოდ ვიწრო კონტექსტში არის გადასამოწმებელი.

ყოველივე ამის გათვალისწინებით ფედერალურმა საკონსტიტუციო სასამართლომ მიიჩ-

ნია, რომ საკანონმდებლო უმოქმედობა არღვევდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონსტიტუციურ უფლებებს. ის, რომ ასეთ დროს სამედიცინო რესურსის განაწილების კრიტერიუმები არ არის კანონმდებლობით გაწერილი, წარმოშობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის რისკს, რომ სამედიცინო ტრიაჟის დროს ისინი შეიძლება იყვნენ დისკრიმინირებული და დაექვემდებარონ უკანონო გადარჩევას. (ეს რისკები გაზიარებული იქნა პროცესის მიმდინარეობისას გამოვლენილი გარემოებების საფუძველზე). ასეთ პირობებში კანონმდებელი ვალდებულია შეიმუშაოს ნორმატიული აქტი, რომელიც დაიცავს მათ უფლებებს, ხოლო, მეორე მხრივ, დააკმაყოფილებს ძირითადი კანონის მე-3 მუხლის მე-3 აბზაცის მე-2 წინადადების მოთხოვნებს. შესაბამისად, გადაწყვეტილება არ უნდა იყოს მხოლოდ სამედიცინო ეთიკის ნორმების საფუძველზე და ექიმის შინაგანი რწმენიდან გამომდინარე მიღებული.³⁹

ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს ხსენებული გადაწყვეტილების მიღებიდან მოკლე დროში გერმანიის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავდა საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტი, რომელიც ნორმატიულ დონეზე აწესრიგებს სამედიცინო ტრიაჟის შემთხვევებს. აღნიშნული საკანონმდებლო ინიციატივის საფუძველზე, რომელიც შემუშავდა ჯანმრთელობის საიმინისტროს მიერ, „ინფექციისგან დაცვის შესახებ“ გერმანიის კანონს უნდა დაემატოს შესაბამისი ნორმები, რომლებიც დაარეგულირებს არამართო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებს, არამედ, ზოგადად, ტრიაჟის დროს სამედიცინო პერსონალის მოქმედების სამართლებრივ ჩარჩოებს. უნდა აღინიშნოს, რომ ცვლილებების ეს პაკეტი ჯერ არ დაუმტკიცებია გერმანიის ბუნდესტაგს.

უნდა აღინიშნოს, რომ საკანონმდებლო ცვლილებათა პაკეტით გათვალისწინებულია, რომ დაუშვებელია Ex Post ტრიაჟი. ჯანმრთელობის ფედერალური საიმინისტროს მოსაზრებით, Ex Post ტრიაჟი წინააღმდეგობაში მოდის

³⁹ იხ. გერმანიის ფედერალური საკონსტიტუციო სასამართლოს 2020 წლის 16 დეკემბრის განჩინება, BVerfG,

ადამიანის ღირსების უფლებასთან. ამასთან, გადამწყვეტი კრიტერიუმი, თუ რომელ პაციენტს უნდა გაუწიოს ექიმმა სამედიცინო მომსახურება, უნდა იყოს გადარჩენის რეალურ შანსთან დაკავშირებული. კერძოდ, ექიმმა უნდა გამოარკვიოს თუ რომელ პაციენტს აქვს გადარჩენის უკეთესი შანსი არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით. ხსენებული კრიტერიუმი უნდა იყოს სამართლებრივად მბოჭავი და ექიმმაც სწორედ მის საფუძველზე უნდა იმოქმედოს.

7. სამედიცინო ტრიაჟის მომწესრიგებელი კანონმდებლობის კონსტიტუციური სტანდარტები

შინაარსობრივი თვალსაზრისით, სამედიცინო ტრიაჟის მომწესრიგებელი კანონმდებლობა და განსაკუთრებით სამედიცინო რესურსების განაწილების კრიტერიუმები ფასდება კონსტიტუციურ უფლებებთან მიმართებით. ამ თვალსაზრისით, რელევანტურია სიცოცხლისა და ფიზიკური ხელშეუხებლობის ძირითადი უფლებიდან ნაწარმოები მოთხოვნა სამედიცინო მინიმუმზე, დისკრიმინაციის აკრძალვა და თითოეული პაციენტის თანამონაწილეობის უფლება სამედიცინო რესურსზე წვდომასთან დაკავშირებით.

7.1 უფლება სამედიცინო მინიმუმზე

კონსტიტუციურსამართლებრივ დოქტრინაში გაბატონებული შეხედულებით, უფლება სამედიცინო მინიმუმზე აქვს ყველა საჭიროების მქონე ადამიანს განურჩევლად იმისა, არის თუ არა ის დაზღვეული.⁴⁰ კონკრეტულად რა ტიპის მოთხოვნას გულისხმობს ზემოხსენებული უფლება, სადავოა ლიტერატურაში. პროფესორი *ჰაინიგი* მხარს უჭერს სამედიცინო მინიმუმზე წვდომის უფლების ეგალიტარულ ინტერპრეტაციას. ამ მოსაზრების მიხედვით, რელევანტურია ის, თუ სამედიცინო მომსახურების რა ტიპს

თვლის ჩვეულებრივი მოქალაქე არსებითად, რომ საჭიროების შემთხვევაში მას პირადად დააბლევდა.⁴¹ მეორე მოსაზრებით, ამ უფლებისგან ამოიკითხება ის კონკრეტული სამედიცინო ღონისძიებები, რომლებიც უშუალოდ მიმართულია სიცოცხლის შენარჩუნებისკენ.⁴² თუმცა, სასუნთქ აპარატზე წვდომა და ზოგადად ინტენსიური მკურნალობის აუცილებლობა, ორივე ამ შეხედულების მიხედვით, განეკუთვნება სამედიცინო მინიმუმზე უფლების კატეგორიას. შესაბამისად, ისმის კითხვა, იწვევს თუ არა სამედიცინო მინიმუმის კონსტიტუციური უფლება სახელმწიფოს ვალდებულებას გაზარდოს საწოლფონდი და სამედიცინო რესურსი იმ ოდენობით, რაც აუცილებელია თითოეული ადამიანის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად. უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი ვალდებულების არსებობა და მისი შესრულება სახელმწიფოს ობიექტურ შესაძლებლობებთან არის დაკავშირებული. შესაბამისად, დაუშვებელია სახელმწიფოსთვის ამგვარი ვალდებულების დაწესება. ზოგადად, სამედიცინო ტრიაჟის შემთხვევებიც მაშინ იჩენს თავს, როდესაც შეუძლებელია ყველა პაციენტის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა მწირი სამედიცინო რესურსის არსებობის გათვალისწინებით.

7.2 სამედიცინო რესურსი განაწილების დაუშვებელი კრიტერიუმები

ნორმატიული აქტი, რომელიც კოვიდპანდემიის პირობებში დაარეგულირებს სამედიცინო რესურსების განაწილების წინაპირობებს და კრიტერიუმებს, თავის მხრივ თავსებადი უნდა იყოს სამართლის წინაშე თანასწორობის ფუნდამენტურ კონსტიტუციურ პრინციპთან. კანონმდებლობა, რომელიც, საწოლფონდისა და სასუნთქი აპარატურის განაწილებისას, სხვადასხვა ნიშნის საფუძველზე (რასა, კანის ფერი, სქესი, რელიგია, პოლიტიკური შეხედულებები) მოახდენს პაციენტთა გარკვეული ჯგუფის დი-

⁴⁰ *Heinig H-M.*, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit, Tübingen, 2008, გვ. 443.

⁴¹ *Heinig H-M.*, იბ. დასახ. ნაშრომი, გვ. 444.

⁴² *Nettesheim M.*, Rationierung in der Gesundheitsversorgung - verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, in: Verwaltungssachver Band 93. Ausgabe 3, 2002, გვ. 337.

ფერენცირებას, იქნება დისკრიმინაციული, შესაბამისად, კონსტიტუციასთან შეუსაბამო.⁴³

7.2.1 ისეთი კრიტერიუმების კონსტიტუციურობა, რომელიც ახდენს სიცოცხლის დიფერენცირებას

ნაწილი სისხლის სამართლის მეცნიერების ავითარებენ შეხედულებას, რომლის მიხედვითაც დაუშვებელია სიცოცხლის დახარისხება, შესაბამისად, სამედიცინო რესურსის განაწილებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, რომ ნებისმიერი ადამიანის სიცოცხლე მიუხედავად მისი მოსალოდნელი ხანგრძლივობისა, თანაბრად არის კონსტიტუციით დაცული. აღნიშნული მოთხოვნა კი გამომდინარეებს სიცოცხლისა და ღირსების კონსტიტუციური უფლებიდან.⁴⁴ ამ მოსაზრების მიხედვით, ყოველი ადამიანის სიცოცხლე თანაბრად ღირებულია და ამიტომ არ შეიძლება დაექვემდებაროს რაიმე განსხვავებულ შეფასებას ან თუნდაც რაოდენობრივ გადაფასებას. სამედიცინო რესურსზე წვდომის უფლების შეზღუდვა დაუშვებელი უნდა იყოს ისეთ კრიტერიუმებზე მითითებით, როგორებიცაა: პაციენტის ბრალეული თანამონაწილეობა ავადმყოფობის გაჩენაში, პაციენტის სოციალური სტატუსი, ასევე ფინანსური სიძლიერე.⁴⁵ იგივე ეხება ასაკობრივ კრიტერიუმს, რადგან კონსტიტუციის მიხედვით, სიცოცხლის თანაბარღირებულების კონცეფციაზე დაყრდნობით, სიცოცხლის გახანგრძლივება ხუთი წლით, რომლის იმედიც ხანდაზმულ პაციენტს აქვს, არანაკლებ ღირებულია, ვიდრე სიცოცხლის ათი წელი, რომელსაც შეიძლება მოელოდეს პაციენტი წინა ავადმყოფობის გარეშე. განსხვავებულად უდგება საკითხს პროფესორი *კოვენი*. მისი შეფასებით, სიცოცხლის ხანგრძლივობის მხედველობაში მიღება *per se* არ გულისხმობს თანასწორობის უფლებასთან წინააღმ-

დეგობრიობას. დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არ არის კონკრეტული ჯგუფის მახასიათებელი, არამედ „დინამიური ფაქტორი ყოველი ადამიანის დაბერების პროცესში.“

7.2.2 განაწილების ისეთი კრიტერიუმის კონსტიტუციურობა, რომლის მიზანია გადარჩენილ პაციენტთა რაოდენობის მაქსიმალურად გაზრდა.

არცთუ მცირე ნაწილი გერმანელი მეცნიერებისა მხარს უჭერს ისეთი კრიტერიუმის შემუშავებას, რომლის მიზანი იქნება გადარჩენილ პაციენტთა რაოდენობის მაქსიმალურად გაზრდა. მით უფრო იმ არგუმენტზე დაყრდნობით, რომ ასეთი პრაქტიკა უკვე მოქმედებს კატასტროფული მედიცინის სფეროში არსებული ტრიაჟის დროს. შესაბამისად, არაფერი უშლის ხელს საკითხის ამგვარად გადაწყვეტას კოვიდ ტრიაჟის არსებობისას.⁴⁶ სამედიცინო რესურსის ასეთი განაწილების რეჟიმის კონსტიტუციურობა გამომდინარეობს იქიდან, რომ შედეგად მიიღება მაქსიმალურად მეტი რაოდენობის გადარჩენილი პაციენტი, რაც არ ეწინააღმდეგება სიცოცხლის თანაბარღირებულების პრინციპს.⁴⁷

გერმანულ კონსტიტუციურსამართლებრივ ლიტერატურაში გამოთქმულია ასევე შეხედულება, რომლის თანახმადაც სიცოცხლის კონსტიტუციური უფლებიდან გამომდინარეობს ე.წ. ოპტიმიზაციის მოთხოვნა. კერძოდ, ასეთ დროს ოპტიმიზაციის ზემოხსენებული ვალდებულებიდან გამომდინარე, სიტუაციებში, როდესაც მწირი სამედიცინო რესურსების გამო ყველა პაციენტის გადარჩენა შეუძლებელია, ხსენებული რესურსები უნდა იქნას გამოყენებული ისე, რომ რაც შეიძლება მეტი ადამიანი გადარჩეს.⁴⁸ მაგრამ მაშინაც კი, თუ კონსტიტუციიდან არ გამომდინარეობს შესაბამისი მოთხოვნა გადარჩენილი პაციენტების რაოდენობის მაქსიმალურად

⁴³ Taupitz J., *იბ*, დასახ. ნაშრომი, გვ.442.

⁴⁴ Fateh-Moghadam B.,/Gutmann T., *იბ*. დასახ. ნაშრომი, გვ.6.

⁴⁵ Gutmann T.,/ Fateh-Mogadam B., Grundlagen einer gerechten Organverteilung. Berlin, 2003, გვ.176.

⁴⁶ Taupitz J., *იბ*, დასახ. ნაშრომი, გვ.445.

⁴⁷ იქვე, გვ.446.

⁴⁸ Junghanns R., Verteilungsgerechtigkeit in der Transplantationsmedizin, Frankfurt am Mein, 2001, გვ. 93; Neufeld Y., Ethik, Recht und Politik der postmortalen Organtransplantation, Berlin, 2018, გვ. 583.

რად გაზრდის შესახებ, გადარჩენილი პაციენტების რაოდენობის მაქსიმიზაცია მაინც დასაშვებია. ამ მიზნისკენ მიმართული განაწილების რეჟიმი არ არღვევს სიცოცხლის თანაბარღირებულების პრინციპს. მართალია, ასეთი განაწილების რეჟიმში ადამიანის სიცოცხლე იწონება და/ან ფასდება, რადგან ტრიაჟი არის „გადაწყვეტილება სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ“. თუმცა, „სიცოცხლის თანაბარღირებულების კონცეფცია“ ზოგადად არ კრძალავს ადამიანის სიცოცხლის შეფასებასა და აწონვას. ეს კონცეფცია მათ შორის მისი ეგალიტარული გაგებით, გამორიცხავს მხოლოდ ინდივიდუალური ცხოვრების ღირებულების გრადაციას და, შესაბამისად, კრძალავს ადამიანის ცხოვრების განსხვავებულ შეფასებას.⁴⁹ ამგვარი შეფასება იკრძალება ცალკეულ შემთხვევებში, როგორც სიტუაციასთან დაკავშირებული შინაარსისა, როდესაც ადამიანის სიცოცხლის შეფასებას და/ან აწონვას თან ახლავს ადამიანის არსებობის ეკვივალენტობის უარყოფა.

ამის საპირისპიროდ, განაწილების რეჟიმი, რომელიც მაქსიმალურად ზრდის გადარჩენილი პაციენტების რაოდენობას, არ არღვევს ადამიანის სიცოცხლის თანაბარღირებულების პრინციპს: მიუხედავად იმისა, რომ განაწილების ასეთი რეჟიმი იღებს გადაწყვეტილებას იმის შესახებ, თუ ვის აქვს სიცოცხლის უფლება და ვის-არა, ადამიანის სიცოცხლე სხვანაირად არ ფასდება. იმის გამო, რომ სიტუაციაში, როდესაც ყველა პაციენტის გადარჩენა ობიექტურად შეუძლებელია, რის გამოც უარყოფილია მხოლოდ თანაბარი მონაწილეობის უფლება კონკრეტულ სიტუაციაში, ადამიანის სიცოცხლე სხვანაირად არ ფასდება. ამრიგად, საკანონმდებლო ორგანო, ამგვარი კრიტერიუმის შემუშავების ფარგლებში, ორიენტირებულია ოპტიმალურ ღონისძიებაზე, რომელიც შემოიფარგლება ფაქტობრივი გარემოებებით, მწირი რესურსი მიემართოს გადარჩენის ბევრად უკეთეს

სი შანსის მქონე პაციენტს. განაწილების ეს მეთოდი კი ითვალისწინებს სიცოცხლის, როგორც უმაღლესი სამართლებრივი სიკეთის ღირებულებას, რადგან განაწილების ყოველი სხვა მეთოდი - თუნდაც ლატარიის პროცედურა და პრიორიტეტის პრინციპი - საბოლოოდ ნებაყოფლობით უარს იტყვის ადამიანის სიცოცხლის შესაძლო გადარჩენაზე.

8. დასკვნა

პანდემიის ახალი ტალღის შესაძლო განვითარებისა და ევროპული გამოცდილების გათვალისწინებით, შესაძლოა საქართველოც დადგეს სამედიცინო ტრიაჟის ფაქტის წინაშე. აღნიშნული საკითხი, თავის მხრივ, მოითხოვს შესაბამის როგორც კონსტიტუციურ ისევე, სისხლისსამართლებრივ შეფასებას. დაუშვებელია, რომ ასეთ ვითარებაში ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება შეფასდეს მხოლოდ სამედიცინო ეთიკის ნორმებზე დაყრდნობით. აუცილებელია საკითხის ნორმატიულ დონეზე გადაწყვეტა. არსებობის თეორია მოითხოვს, რომ ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების სფეროში მიღებული ნებისმიერი გადაწყვეტილება ნორმატიული აქტით იქნეს დარეგულირებული საკანონმდებლო ორგანოს ან კონსტიტუციური სტანდარტის დაცვით, დელეგირებული უფლებამოსილების საფუძველზე აღმასრულებელი ხელისუფლების მიერ. ამასთან, მართალია, ე.წ. დილემური ხასიათის გადაწყვეტილებების მიღების სისხლისსამართლებრივი შეფასება შესაძლებელია სსკ-ის 32-ე და 38-ე მუხლის საფუძველზე (მართლწინააღმდეგობისა და ბრალის გამომრიცხველი ზეკანონური გარემოებები) თუმცა, მათ შორის განსაზღვრულობის კრიტერიუმის დასაკმაყოფილებლად მიზანშეწონილი და მოთხოვნილია სამედიცინო ტრიაჟის დროს ექიმის მოქმედების სისხლისსამართლებრივი ჩარჩოების მკაფიოდ განსაზღვრა.

⁴⁹ Gutmann T./ Fateh-Mogadam B., Grundlagen einer

gerechten Organverteilung. Berlin, 2003, გვ. 78.

მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას

შოთა მახათაძე

თსუ-ის დოქტორანტი, ადვოკატი

საკვანძო სიტყვები: სამედიცინო შეცდომა, მკურნალობის მოვალეობა, ზიანის ანაზღაურება, უმოქმედობის მიზეზობრიობა, მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი, დაკარგული შანსის თეორია.

აბსტრაქტი

სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ეკონომიკაზე. მხოლოდ ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინო პერსონალს წლის განმავლობაში საშუალოდ 3-დან 4 მილიარდ აშშ დოლარამდე ღირებულების ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება ეკისრება დაზარალებული პაციენტების სასარგებლოდ.¹ შესაბამისად, ეკონომიკის სტაბილურობისა და პაციენტის უფლებების დაცვის მიზნით აუცილებელია ამ კუთხით გამართული სამართლებრივი სისტემის არსებობა.

წინამდებარე სტატიაში დოქტრინის, სასამართლო პრაქტიკისა და შედარებით-სამართლებრივი ანალიზის საფუძველზე განხილულია ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებასთან დაკავშირებული, თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობის მქონე ისეთი საკითხები, როგორებიცაა: ექიმის უმოქმედობა, როგორც სამედიცინო შეცდომის ერთ-ერთი სახე, პაციენტის მკურნალობის პროფესიული მოვალეობა, უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირის თავისებურება და სტანდარტები, დაკარგული შანსის თეორია და მისი პრაქტიკაში გამოყენების პოტენციალი.

შესავალი

სამედიცინო სამართალში ცენტრალური ადგილი უჭირავს ექიმის შეცდომის შედეგად პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების საკითხს. ქართული კანონმდებლობა ამ საკითხს არეგულირებს დელიქტის მომწესრიგებელი ნორმებით (სსკ-ის 1007-ე მუხლი) თუ პაციენტსა და ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებას შორის არ არის გაფორმებული მომსახურების ხელშეკრულება და დავა ამ ხელშეკრულებას არ უკავშირდება. ორივე შემთხვევაში, კანონი აღჭურავს პაციენტს საკუთარი უფლება დაიცვას სასამართლოს მეშვეობით. სასამართლო პრაქტიკის ანალიზის საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ სამედიცინო მომსახურებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების თაობაზე დავები საკმაოდ მცირეა. აღნიშნული არ ნიშნავს იმას, რომ ქართულ რეალობაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გამო, შედარებით მცირეა ექიმის შეცდომის შედეგად დაზარალებული პაციენტები. შემთხვევების უდიდესი ნაწილი უბრალოდ არ მიდის სასამართლომდე და ხშირ შემთხვევაში პაციენტი ვერ ახერხებს მისთვის მიყენებული ზიანის კომპენსირებას.

¹ <https://truecostofhealthcare.org/malpractice_statistics/> [25.08.2022].

აღნიშნული პრობლემა, სხვა ფაქტორებთან ერთად, ძირითადად განპირობებულია იმით, რომ სასამართლოში პაციენტის მიერ ექიმის (სამედიცინო დაწესებულების) წინააღმდეგ დავის წარმატებით დასრულება საკმაოდ რთულია. სირთულეს განაპირობებს პაციენტის მხარეს არსებული მტკიცების ტვირთი - მიზეზობრივი კავშირის მაღალი სტანდარტით დაამტკიცოს, რომ მისთვის მიყენებული ზიანი გამოწვეულია ექიმის ქმედების შედეგად. განსაკუთრებით მძიმეა პაციენტის მტკიცების ტვირთი, როდესაც საქმე ეხება ექიმის უმოქმედობით (მათ შორის, არასწორი დიაგნოზის დასმით) გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაურესების მიზეზობრივი კავშირის მტკიცებას. ქართული სასამართლო პრაქტიკის შესწავლა ცხადყოფს, რომ სამედიცინო მომსახურებისას მიყენებული ზიანის ანაზღაურების თაობაზე სასარჩელო მოთხოვნების დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის მიზეზი უმეტესწილად არის მიზეზობრივი კავშირის დაუდგენლობა პაციენტისათვის დამდგარ არასასურველ შედეგსა და ექიმის ქმედებას შორის.

შესაბამისად, აქტუალურია წინამდებარე პრობლემისა და მისი გადაჭრის გზების კვლევა. ვინაიდან პრობლემა მრავალწახნაგოვანია, აუცილებელია მისი კვლევა რამდენიმე მიმართულებით, რომლის ბირთვსაც წარმოადგენს თავად მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტის შესწავლა პაციენტისათვის ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანისას.

1. ექიმის უმოქმედობა, როგორც პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის მიზეზი

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 1007-ე მუხლის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობისას (ქირურგიული ოპერაციის ან არასწორი დიაგნოზით დამდგარი შედეგი და სხვ.) პირის ჯანმრთელობისათვის მი-

ყენებული ზიანი ანაზღაურდება საერთო საფუძვლებით. ზიანის ანაზღაურების ზოგადი საფუძველია იურიდიულად დაცული ინტერესის ხელყოფა, რომელიც წარმოადგენს გამოწვეული ზიანის მიმყენებელი პირის ქმედების პირდაპირ და უშუალო შედეგს.² სამედიცინო შეცდომით დამდგარი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნებზე მოქმედებს სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი პირობები: ზიანი, მართლწინააღმდეგობა, მიზეზობრივი კავშირი და ბრალი.³ ზემოაღნიშნული კომპონენტები თავისებურია სამედიცინო შეცდომით დამდგარი ზიანის ანაზღაურებისას. ექიმის მოქმედებით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურების წინაპირობები მეტ-ნაკლებად ემთხვევა ზიანის ანაზღაურების ზოგად წინაპირობებს. განსხვავებულია ექიმის უმოქმედობით პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების წინაპირობები. კერძოდ, სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტისათვის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას კუმულაციურად უნდა არსებობდეს შემდეგი პირობები: 1) ექიმს უნდა ჰქონდეს მკურნალობის ვალდებულება (სამართლებრივი გარანტიის ფუნქცია); 2) მოვალეობა უნდა იყოს დარღვეული (მართლწინააღმდეგობა); 3) მოვალეობის დარღვევას უნდა მოჰყვეს შედეგი (ზიანი); 4) რომელიც თავიდან იქნებოდა აცილებული თუ ექიმი იმოქმედებდა (უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირი);⁴ 5) და ამაყდროულად, სამედიცინო პერსონალს შეეძლო შეუფერხებლად ემოქმედა და შეესრულებინა საკუთარი ვალდებულება (ბრალის გამომრიცხველი გარემოების არარსებობა). აქედან გამომდინარე ნათელია, რომ ერთმანეთისგან უნდა გაიმიჯნოს მოქმედებითა და უმოქმედობით განხორციელებული სამედიცინო შეცდომები, რადგან თითოეულ შემთხვევაში ზიანის ანაზღაურების განსხვავებული წინაპირობები არსებობს.

ზოგიერთ შემთხვევაში, მარტივია მოქმედებითა და უმოქმედობით განხორციელებული სამედიცინო შეცდომის შემთხვევების ერთმანე-

² ცვაიგერტი კ., კოტცი კ., შედარებითი სამართალმცოდნეობის შესავალი კერძო სამართლის სფეროში, ტ. 2, თბ., 2001, 319.

³ იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2013 წლის 1 ივლისის გადაწყვეტილება საქმეზე № ას-247-237-2013; საქართველოს უზენა-

სი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 24 ოქტომბრის გადაწყვეტილება საქმეზე № ას-1404-1419-2011.

⁴ Brennwald S. F., Proving Causation in "Loss of a Chance" Cases: A Proportional Approach, Catholic University Law Review, Vol. 34, Issue 3, 1985, 747.

თისგან გამიჯვნა. მაგალითად, როდესაც პაციენტი ზიანი ადგება უშუალოდ სამედიცინო ჩარევისას არასწორად განხორციელებული სამედიცინო მანიპულაციის დროს. ასეთ შემთხვევაში, სამედიცინო შეცდომა განხორციელებულია მოქმედებით. უმოქმედობაა შემთხვევა, როდესაც ექიმი თვლის, რომ პაციენტს არ სჭირდება მკურნალობა და არ ახორციელებს სამედიცინო მანიპულაციას, რის გამოც პაციენტს ადგება ზიანი. მაგრამ არსებობს შემთხვევები, როდესაც მედიცინის მუშაკის ქმედება ერთდროულად წარმოადგენს მოქმედებასაც და შედეგის თავიდან ამცილებელი მოქმედების შეუსრულებლობასაც. მაგალითად, ექიმმა არასწორი დიაგნოზი დასვა, რის გამოც მის მიერ ჩატარებული მკურნალობა იყო უშედეგო და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდა. ასეთ შემთხვევაში, ექიმი არ იმყოფება უმოქმედოდ, ის ახორციელებს გარკვეულ სამედიცინო მანიპულაციებს, მაგრამ პაციენტს ზიანი ადგება იმის გამო, რომ ექიმი არ ახორციელებს იმ მოქმედებას, რაც მას უნდა განეხორციელებინა. ასეთ შემთხვევაში, ადგილი აქვს კონკურენციას მოქმედებასა და უმოქმედობას შორის.

იურიდიულ დოქტრინაში არსებობს მოქმედებისა და უმოქმედობის გამიჯვნის არაერთი თეორია.⁵ დღეს გაბატონებული შეხედულების მიხედვით, მოქმედებისა და უმოქმედობის გამიჯვნა განისაზღვრება იმის მიხედვით, დამდგარ შედეგთან მიზეზობრივ კავშირში პირის მოქმედებაა თუ უმოქმედობა. მოქმედება გამოიხატება ენერგიის აქტიურ დახარჯვაში (სხეულის მოძრაობაში), ხოლო უმოქმედობის შემთხვევაში არ იხარჯება ენერგია. შესაბამისად, თუ ენერგიის აქტიური დახარჯვა (სხეულის მოძრაობა) კანონზომიერ კავშირშია შედეგთან, მაშინ გვაქვს მოქმედებით ჩადენილი დელიქტი, ხოლო თუ შედეგი გამოწვეული არ არის ენერგიის აქტიური დახარჯვით, ასეთ შემთხვევაში, დელიქტი ჩადენილია უმოქმედობით.⁶ ზემოთ განხილულ შემთხვევაში, როდესაც ექიმმა არასწო-

რი დიაგნოზი დასვა, რის გამოც მის მიერ ჩატარებული მკურნალობა იყო უშედეგო და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდა, პაციენტისათვის ზიანი მიყენებულია უმოქმედებით. მართალია ექიმმა იმოქმედა, მაგრამ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება გამოწვეულია არა მკურნალობის შედეგად, არამედ იმის გამო, რომ მას საჭირო მკურნალობა არ ჩაუტარდა. როგორც წესი, რეალურ ცხოვრებაში სამედიცინო პერსონალი პაციენტს არაერთ სამედიცინო გამოკვლევასა და მანიპულაციას უტარებს. შესაბამისად, ეს კიდევ უფრო ართულებს საკითხის გადაწყვეტას, პაციენტს ზიანი მიაღება ექიმის მოქმედების თუ უმოქმედობის გამო. პრობლემის სწორად გადასაწყვეტად საჭიროა შეფასდეს ექიმის ქმედებები ცალ-ცალკე და მხოლოდ ამის შემდეგ უნდა იქნეს გადაწყვეტილება მიღებული, პაციენტისათვის მიყენებული ზიანი ექიმის მოქმედებითაა გამოწვეული თუ უმოქმედობით.

ზოგჯერ შესაძლებელია პაციენტისათვის მიყენებული ზიანი გამოწვეული იყოს ერთდროულად როგორც ექიმის მოქმედებით, ისე უმოქმედობით. მაგალითად, არასწორი დიაგნოზის გამო ადამიანს ამოკვეთეს ორგანო, რომლის ამოკვეთაც არ იყო საჭირო. ამავდროულად, სწორი დიაგნოზის დაგვიანებით დასმის გამო პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდა. მოცემულ შემთხვევაში, ექიმის ქმედებები უნდა შეფასდეს ცალ-ცალკე. პაციენტისათვის მიყენებულია ზიანი როგორც უმოქმედობით, რადგან არასწორი დიაგნოზის გამო მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდა, ისე მოქმედების შედეგად, რადგან პაციენტს ამოაჭრეს ჯანმრთელი ორგანო.

ასევე, ექიმის უმოქმედობად უნდა შეფასდეს შემთხვევა, როდესაც ოპერაციის დროს სამედიცინო ინსტრუმენტი რჩება ქირურგს პაციენტის სხეულში. მართალია, ექიმი აქტიური მოქმედებით ათავსებს სამედიცინო ინსტრუმენტს სხეულში, მაგრამ ეს პროცედურა ოპერაციის ნაწილია და ამ დროს ექიმი არ არღვევს თავის

⁵ მოქმედებისა და უმოქმედობის ურთიერთგამიჯვნის პრობლემატიკის შესახებ იხ. *ტურავა მ.*, სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოც., თბ., 2013, 265-271.

⁶ *ტურავა მ.*, სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოცემა, თბ., 2013, 266-267.

პროფესიულ მოვალეობას. ექიმი პროფესიულ მოვალეობას არღვევს მაშინ, როდესაც ის ოპერაციის დასრულებისას არ იღებს სამედიცინო ინსტრუმენტს პაციენტის ორგანიზმიდან, რაც წარმოადგენს სამედიცინო შეცდომას და შეიძლება დადგეს ექიმისთვის ზიანის ანაზღაურების დაკისრების საფუძველი. რეალურ ცხოვრებაში სამედიცინო შეცდომები უფრო რთული ხასიათისაა და ქმედებათა მთელ ჯაჭვს მოიცავს. ასეთ დროს მნიშვნელოვანია დადგინდეს რომელი ქმედების დროს იყო დარღვეული ექიმის პროფესიული მოვალეობა და რომელი მათგანია დამდგარ ზიანთან უშუალო მიზეზობრივ კავშირში.

2. მკურნალობის მოვალეობა

ექიმის უმოქმედობის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების აუცილებელი წინაპირობაა ექიმის პროფესიული მოვალეობა (ზრუნვის ვალდებულება) სამედიცინო დახმარება გაუწიოს პაციენტს.⁷ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 38-ე მუხლის პირველი პუნქტის მიხედვით, ექიმი ვალდებულია პაციენტს გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, თუ მხარეთა შორის არსებობს ხელშეკრულება (თუნდაც სიტყვიერი შეთანხმება (ზეპირი ფორმით დადებული ხელშეკრულება)) სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ ან გამოხატულია სიცოცხლისათვის საშიში, მათ შორის თვითმკვლელობის მცდელობით განპირობებული მდგომარეობა, ან პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას ექიმის სამუშაო ადგილზე. ექიმი ვალდებულია შეასრულოს თავისი პროფესიული მოვალეობა არასამუშაო ადგილზეც, თუ პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას.⁸ ასევე, თუ ექიმი იწყებს სამედიცინო დახმარებას, იგი ვალდებულია უწყვეტად განახორციელოს სამედიცინო დახმარება.⁹ კანონის 37-ე მუხლის მიხედვით, ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტისათ-

ვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ არსებობს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა და არ აღინიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, ან პაციენტი არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ან სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას ექიმის სიცოცხლეს რეალური საფრთხე ემუქრება. შესაბამისად, კანონი ადგენს შემთხვევებს, როდესაც ექიმი ვალდებულია შეასრულოს თავისი პროფესიული საქმიანობა და სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს პაციენტს.

მას შემდეგ, რაც ექიმი დაიწყებს პროფესიული მოვალეობის შესრულებას ან თუ ექიმი ვალდებულია დაიწყოს სამედიცინო მანიპულაციები, მან თავისი მოვალეობა უნდა შეასრულოს პროფესიული სტანდარტების დაცვით. ექიმის ქმედება მხოლოდ მაშინ არის მართლსაწინააღმდეგო, როდესაც ის პროფესიული სტანდარტების დარღვევით მოქმედებს. სხვა შემთხვევაში, თუ ექიმი მოქმედებს ისე, როგორც ამას თანამედროვე მკურნალობის სტანდარტი მოითხოვს, თუნდაც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდეს, ეს ვერ იქნება მიჩნეული ექიმის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებად.¹⁰ პაციენტისთვის დამდგარი მძიმე შედეგი არ არის ექიმის პასუხისმგებლობის სფეროში, რადგან ექიმი არ მოქმედებს მართლსაწინააღმდეგოდ. მედიცინის სფეროს, ადამიანის ორგანიზმის სპეციფიკურობისა და პათოგენების თავისებურებების გამო არ არსებობს გარანტია, რომ ჩატარებულ სამედიცინო მანიპულაციას ექნება სასურველი შედეგი. ექიმი პასუხისმგებლობისგან თავისუფლდება, როცა პაციენტი წინასწარ სათანადოდ გაფრთხილებულია მოსალოდნელი რისკების შესახებ და, ამავე დროს, თანახმაა, ჩატარდეს მკურნალობა ან მკურნალობა მიმდინარეობს გადაუდებელი აუცილებლობის პირობებში და რისკისა და სარგებლის შეფასების შედეგად, ექიმი სწორად (პროფესი-

⁷ Stauch M. S., Causation Issues in Medical Malpractice: A United Kingdom Perspective, *Annals of Health Law*, Vol. 5, Issue 1, 1996, 248.

⁸ იხ. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 39-ე მუხლი, 21/06/2017. კანონის მე-3 მუხლის ტ¹ ქვეპუნქტის თანახმად, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება არის სამედიცინო დახმარება, რომლის გარეშეც გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან

ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება.

⁹ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 38-ე მუხლის მე-2 პუნქტი, 21/06/2017.

¹⁰ ბიჭია ბ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა, ჟურნ. „მართლმსაჯულება და კანონი“, 2021, №2, 89.

ული სტანდარტის დაცვით) გადაწყვეტს სამედიცინო მანიპულაციის განხორციელებას.¹¹

ექიმის დელიქტური პასუხისმგებლობა დგება იმ შემთხვევაში, როდესაც დარღვეულია სამედიცინო ნორმების დაცვის მოვალეობა.¹² საქართველოს უზენაესმა სასამართლომ განმარტა, რომ სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად მოქმედების დროს ექიმი არ არღვევს ვალდებულებას და მას არც ბრალი მიუძღვის. ექიმი მხოლოდ მაშინ არის ვალდებულების დარღვევისთვის პასუხისმგებელი, როდესაც პაციენტისთვის მიყენებული ზიანი გამოიწვია მკურნალობისას დაშვებულმა შეცდომამ. მაგრამ თუ ექიმმა კონკრეტული საკითხი ინდივიდუალურად არ იცის ან აღინიშნება პროფესიული სისუსტე (ცოდნის ნაკლებობა), ეს მას არ ამართლებს, ვინაიდან ექიმი ხელყოფს სავალდებულო გულისხმიერებას მაშინაც, როდესაც იგი თავისი განათლებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების ვალდებულებას არღვევს და შესაბამისად, სამედიცინო მეცნიერებაში თანამედროვე ცოდნაც არა აქვს.¹³

3. მიზეზობრივი კავშირი

ექიმის დელიქტური პასუხისმგებლობის-

ვის აუცილებელია მიზეზობრივი კავშირის არსებობა ექიმის ქმედებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის. სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების შესახებ დავებზე მოსარჩელისათვის ყველაზე რთულია დაამტკიცოს მიზეზობრივი კავშირი ექიმის ქმედებასა და ჯანმრთელობის დაზიანებას შორის, რადგან შესაძლოა სამედიცინო პერსონალის მიერ დაშვებული იყოს შეცდომა, მაგრამ ვერ დადგინდეს ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანი გამოწვეულია უშუალოდ შეცდომის შედეგად, თუ მძიმე შედეგი დადგა ორგანიზმის თავისებურების, დაავადების სპეციფიკურობისა თუ სხვა გარემოებების გამო.¹⁴ ქართული სასამართლო პრაქტიკის ანალიზიც ადასტურებს, რომ ასეთი კატეგორიის საქმეებზე მოსარჩელის წარუმატებლობის ძირითადი მიზეზი ისაა, რომ სასამართლომ ვერ დაადგინა მიზეზობრივი კავშირი პაციენტისათვის დამდგარ დამაზიანებელ შედეგსა და სამედიცინო პერსონალის ქმედებას შორის.¹⁵ ზოგჯერ მარტივია მიზეზობრივი კავშირის დადგენა, მაგალითად, როდესაც ქირურგი ხერხემლის დელიქტური ოპერაციის დროს სამედიცინო სკალპელის ხელიდან გაცურების გამო აზიანებს ზურვის ტვინს და პაციენტს ემართება დამბლა.

¹¹ ერთ-ერთ საქმეზე მოსარჩელე ითხოვდა თანხის ანაზღაურებას იმ საფუძველზე, რომ მოსარჩელეს ჩაუტარდა ზემო-წინა შუასაყრის სიმსივნის - თიმომის თიმოქტომია სტერნოტომული მდგომარეობით, წინა შუასაყრის დრენაჟირება. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, მას ამოეთესა ბაქტერია სეუდომონას ერუგინოსა, რომლის საშიშროებასა და თვისებებზე მისთვის ცნობილი არ იყო და არც ექიმებს განუმარტავთ სათანადოდ. სავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა გაუარესდა, რის გამოც, იგი მოათავსეს ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში, სადაც დაუდგინეს მკერდუკანა ჯირკვლის სიმსივნე გართულებული მიასთენიით, ოპერაციის შემდგომი გართულება, მკერდის ძვლის ნეკროზის ოსტეომელიტი. ამის შედეგად მას ჩაუტარდა განმეორებითი ოპერაცია. სარჩელის ფაქტობრივ გარემოებებში შემავალი ფაქტების დამტკიცების მიზნით მოსარჩელემ მიუთითა, რომ პირველი ოპერაცია ჩატარდა ხარვეზით, რის გამოც მის ორგანიზმში შეჭრილმა ჰოსპიტალურმა ბაქტერიამ ოპერაციებისა და ტრავმების შედეგად მისი ჯანმრთელობა საგრძნობლად გაუარესა, რამაც არსებითად შეუმცირა მას შრომის უნარი. ამ საქმეში სასამართლომ იხელმძღვანელა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, რომლის თანახმად, მოსარჩელეს სწორად დაუდგინდა დიაგნოზი და ჩაუტარდა რადიკალური ოპერაცია - თიმექტომია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან ერთად. თიმომა ნებისმიერ შემთხვევაში იწვევს იმუნოდეფიციტს, რაც შეიძლება იყოს ოპერაციის შემდგომი გართულების ერთ-ერთი მიზეზი. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულების ხარვეზი,

რაზედაც (ფაქტებზე მითითების ტვირთის რეალიზების ფარგლებში) მიუთითებდა მოსარჩელე მხარე (პაციენტი) და რასაც შეეძლო გამოეწვია მის ჭრილობაში ჰოსპიტალური ბაქტერიის შეჭრა, არ დადასტურდა. ანუ სასამართლოში ვერ დადასტურდა, რომ ექიმი მოქმედებდა პროფესიული სტანდარტების დარღვევით. აქედან გამომდინარე, არ გამოიკვეთა ექიმის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის წარმოშობის საფუძველი, რის გამოც მოსარჩელეს უარი ეთქვა სარჩელის დაკმაყოფილებაზე. იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2005 წლის 14 სექტემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე № ას-874-1146-05.

¹² Deutch E., Spickhoff A., Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht, 7. Auflage, Heidelberg, 2014, 191. მითითებულია: ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა, ჟურნ. „მართლმსაჯულება და კანონი“, 2021, №2, 89.

¹³ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 25 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე № ას-1268-1526-09.

¹⁴ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა, ჟურნ. „მართლმსაჯულება და კანონი“, 2021, №2, 89-90.

¹⁵ კვანტალიანი ნ., მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, ჟურნ. „მართლმსაჯულება და კანონი“, 2012, ნომერი №2(33), 7-8.

ასეთ შემთხვევაში, აშკარაა, რომ ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომა გახდა დამბლის მიზეზი.¹⁶ მაგრამ რეალურ ცხოვრებაში, როგორც წესი, უფრო რთულ მიზეზობრივ კავშირებთან გვაქვს საქმე. ზოგ შემთხვევაში, თავად ჩატარებული სამედიცინო მანიპულაცია შეიცავს რისკს, რომ ექიმმა ოპერაციის ჩატარების დროს დააზიანოს ადამიანის ორგანო. ასეთ შემთხვევაში, უნდა დადგინდეს ექიმის რა ვალდებულება იქნა დარღვეული და პაციენტისთვის დამდგარი მძიმე შედეგი გამოწვეული იყო თუ არა ამ მოვალეობის დარღვევის შედეგად.¹⁷

ზოგადად, იმისათვის, რომ არსებობდეს მიზეზობრივი კავშირი, საჭიროა დადგინდეს, რომ შედეგი გამოწვეულია კონკრეტული მოვლენის გამო და რომ არა ეს მოვლენა, შედეგი ამ სახით არ დადგებოდა (*condition sine qua non* ფორმულა).¹⁸ მიზეზობრივი კავშირის ყველაზე ზოგადი თეორიაა მიზეზობრიობის პირობათა თეორია, რომლის მიხედვითაც ყველა პირობას თანაბარი მნიშვნელობა აქვს შედეგის დადგომისთვის.¹⁹ ამ თეორიის შედეგად მიზეზობრიობის წრე ძალიან ფართოვდება და ამიტომ ძალზე ატიპიური პირობებიც შედეგთან მიზეზობრივ კავშირშია.²⁰ მაგალითად, მიზეზობრიობის პირობათა თეორიის მიხედვით, პაციენტისათვის

მიყენებულ ზიანთან მიზეზობრივ კავშირშია სამედიცინო შეცდომის დამშვები ექიმის მშობლები, რომლებმაც შვილს სამედიცინო განათლება დაუფინანსეს. რომ არა მშობლების მოქმედება, შვილი ვერ შეძლებდა გამხდარიყო ექიმი და ვერც სამედიცინო შეცდომას დაუშვებდა. შესაბამისად, მიზეზობრიობის პირობათა თეორიით განსაზღვრული „ბუნებრივი მიზეზობრიობა“ არ არის საკმარისი და საჭიროა მისი დავიწროება. ამ მიზნით კაუზალური მიზეზობრივი კავშირი უნდა შეიზღუდოს ნორმატიული კრიტერიუმების საფუძველზე (ობიექტური შერაცხვა).²¹ კაუზალობის დადგენისგან განსხვავებით, ობიექტური შერაცხვა შეფასებით-სამართლებრივი კატეგორიაა, რაც გულისხმობს შეფასებას იმისა, პირის ქმედებით გამოწვეული შედეგი, როგორც „საკუთარი ქმნილება“, ობიექტურად შეერაცხება თუ არა ქმედების განმახორციელებელ პირს.²² ობიექტური შერაცხვის კატეგორიის მიზანია გამოირიცხოს შედეგთან კავშირში მყოფი ატიპიური და არარელევანტური მიზეზობრიობები.²³

მეცნიერებამ მიზეზობრივი კავშირის მრავალი თეორია შეიმუშავა (ადეკვატურობის თეო-

¹⁶ *Stauch M. S., Causation Issues in Medical Malpractice: A United Kingdom Perspective, Annals of Health Law, Vol. 5, Issue 1, 1996, 249.*

¹⁷ მაგალითად, ერთ-ერთ საქმეში მოსარჩელე დავობდა, რომ თირკმლის კისტის პერკუტანული პუნქციისას ექიმმა მას დაუზიანა თირკმლის არტერიისა და ვენის ერთ-ერთი განტოტება. კერძოდ, ზემო პოლუსისაკენ მიმავალი ტოტები, რის გამოც განვითარდა არტერიო-ვენური ფისტულა, რამაც გამოიწვია შემდგომი სისხლდენა და საბოლოოდ თირკმლის ამოკვეთა გახდა საჭირო. საქმის განხილვისას სამედიცინო ექსპერტების დასკვნით დადგინდა, რომ ჩატარებული თირკმლის კისტის პერკუტანული პუნქციისას პაციენტს მართლაც დაუზიანდა თირკმლის არტერიის და ვენის ერთ-ერთი განტოტება. კერძოდ, ზემო პოლუსისაკენ მიმავალი ტოტები, რის გამოც განვითარდა არტერიო-ვენური ფისტულა, რამაც გამოიწვია შემდგომი სისხლდენა. მაგრამ სპეციალისტის განმარტებით, პუნქციის შედეგად არტერიო-ვენური ფისტულის განვითარება წარმოადგენს პერკუტანული ქირურგიული ჩარევის ერთ-ერთ გართულებას, რის თაობაზეც პაციენტი წინასწარ იყო ინფორმირებული. მოცემულ საქმეში ექიმის მიერ შეცდომა დაშვებული იყო არა ის, რომ მან დააზიანა თირკმლის არტერია და ვენის ერთ-ერთი განტოტება, არამედ ის, რომ მან პუნქციის შედეგად მიღებული სითხე ლაბორატორიულად არ გამოიკვლია. ექიმს პროფესიული სტანდარტები ავალდებულებდა, რომ ვინაიდან სამედიცინო მანიპულაციის ეს სახე შეიცავს თირკმლის არტერიის დაზიანებისა და შესაბამისად, არტერიო-ვენური ფისტულის განვითარების

რისკს, ლაბორატორიულად გამოეკვლია პუნქციის შედეგად მიღებული სითხე, რათა გამორკვეულიყო თირკმლის არტერია ან ვენა ხომ არ იყო დაზიანებული და ასეთის არსებობის შემთხვევაში, დროული ჩარევით აღმოფხვრილიყო არტერიო-ვენური ფისტულის განვითარების რისკი. იხ. საქართველოს უზენაესის სასმართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2013 წლის 01 ივლისის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-247-237-2013.

¹⁸ *Stauch M. S., Causation Issues in Medical Malpractice: A United Kingdom Perspective, Annals of Health Law, Vol. 5, Issue 1, 1996, 249-252.*

¹⁹ *რუსიაშვილი გ., საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია ლ. (რედ.), თბ., 2019, მუხლი 412, ველი 3.*

²⁰ *ტურავა მ., სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოცემა, თბ., 2013, 93-94.*

²¹ *რუსიაშვილი გ., საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია ლ. (რედ.), თბ., 2019, მუხლი 412, ველი 5.*

²² *ტურავა მ., სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოცემა, თბ., 2013, 126.*

²³ ობიექტური შერაცხვის გამომრიცხავ ნორმის დაცვის მიზანთან დაკავშირებით ვრცლად იხ. *რუსიაშვილი გ., საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია ლ. (რედ.), თბ., 2019, მუხლი 412, ველი 11-15. ობიექტური შერაცხვის გამომრიცხავ სხვა გარემოებებთან მიმართებით ვრცლად იხ. ტურავა მ., სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოცემა, თბ., 2013, 109-125.*

რია²⁴, რელევანტურობის თეორია, გენერალური მიზეზობრიობის თეორია,²⁵ აუცილებელი და შემთხვევითი მიზეზობრივი კავშირის თეორია, შესაძლებლობისა და სინამდვილის თეორია და სხვ.),²⁶ რომელთა მიზანია ობიექტური შერაცხვის ნორმატიული ფარგლების განსაზღვრა. უნდა აღინიშნოს, რომ პრაქტიკასთან ყველაზე ახლოს დგას პირდაპირი და არაპირდაპირ მიზეზობრივი კავშირის თეორია. არაპირდაპირი მიზეზობრიობისაგან განსხვავებით, პირდაპირი მიზეზობრიობის თეორიით მნიშვნელობა ენიჭება მხოლოდ იმ მოვლენას, რომელიც შედეგთან უშუალო კავშირშია და რომ არა ეს მოვლენა, შედეგი ამ ფორმით არ დადგებოდა. პირის მართლსაწინააღმდეგო ქმედება მხოლოდ მაშინაა ზიანის მიზეზი, როდესაც ეს პირდაპირ დაკავშირებულია ზიანთან.²⁷ შესაბამისი მოქმედება უნდა იყოს სამართლებრივი სიკეთისათვის ზიანის გამომწვევი აუცილებელი პირობა (ეკვივალენტური მიზეზობრივი კავშირი), რომლის გარეშეც ეს შედეგი არ დადგებოდა.²⁸

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი ნორმატიულად განამტკიცებს უშუალო მიზეზობრივი კავშირის თეორიას, ანუ პირი მხოლოდ მაშინ აგებს პასუხს ზიანისათვის, როცა მისი ქმედება უშუალო და პირდაპირ კავშირშია დამდგარ შედეგთან/ზიანთან. უშუალო ანუ ადეკვატური მიზეზობრიობის თეორიის თანახმად, შედეგის მიზეზად ერთი პირობაც საკმარისია თუ ის ქმნის შედეგის დადგომის ობიექტურ შესაძლებლობას ანუ მიზეზობრივი კავშირის დადგენისას გადაწყვეტი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს მოვლენებს შორის ობიექტური კავშირის არსებობას.²⁹ სამოქალაქო კოდექსის 412-ე მუხლის მიხედვით, ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ ის ზიანი, რომელიც მოვალისათვის წინასწარ იყო სავარაუდო და წარმოადგენს ზიანის

გამომწვევი მოქმედების უშუალო შედეგს. ზემოაღნიშნული ნორმის მიხედვით, „წინასწარ სავარაუდოება“ გულისხმობს „ობიექტური დამკვირვებლის“ პროგნოზს მოვლენათა განვითარების ჯაჭვზე,³⁰ რომლის ატიპიურად განვითარების შემთხვევაში სამართლებრივად არ გვაქვს მიზეზობრივი კავშირი. რაც შეეხება სიტყვას - „უშუალო“, იგი უნდა აღვიქვათ ისეთ მიზეზობრივ კავშირად, რომლის დროსაც მოვლენა არამხოლოდ ე.წ. ბუნებრივ მიზეზობრივ კავშირშია დამდგარ შედეგთან, არამედ მოვლენა პირდაპირ იწვევს შედეგს.³¹ ზემოაღნიშნული ნორმა გამორიცხავს შედეგთან არაპირდაპირ მიზეზობრივ კავშირში არსებულ მოვლენებს და პირს განხორციელებული ქმედება შეერაცხება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ეს ქმედება დამდგარი შედეგის უშუალო მიზეზი გახდა. სამოქალაქო კოდექსის 412-ე მუხლის მსგავსად „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ო“ ქვეპუნქტის მიხედვით, იმისათვის, რომ ექიმის ქმედება ჩაითვალოს სამედიცინო შეცდომად, ექიმის შეცდომა უნდა იყოს პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანის „უშუალო მიზეზი“.

3.1. უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირი

სამართლებრივად ერთმანეთისგან განსხვავდება მოქმედებითა და უმოქმედობით განხორციელებული ქმედების გამო დამდგარი შედეგის მიზეზობრივი კავშირი. საინტერესოა, რომ სამოქალაქო კოდექსი ცალკე არ გვაძლევს უმოქმედობის მიზეზობრიობის დეფინიციას.³² სამოქალაქო კოდექსის 412-ე მუხლის ჩანაწერი განსაზღვრავს მხოლოდ მოქმედების შედეგად დამდგარი ზიანის მიზეზობრივ კავშირს. შესაბამისად, საკითხის სწორად გადასაწყვეტად აუცი-

²⁴ იხ. *რუსიაშვილი გ.*, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, *ჭანტურია ლ. (რედ.)*, თბ., 2019, მუხლი 412, ველი 6-10.

²⁵ ვრცლად იხ. *ტურავა მ.*, სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოცემა, თბ., 2013, 95-100.

²⁶ *კვანტალიანი ნ.*, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, *ჟურნ. „მართლმსაჯულება და კანონი“*, 2012, ნომერი №2(33), 6.

²⁷ *ახვლედიანი ზ.*, ვალდებულებითი სამართალი, თბ., 1999, 68.

²⁸ *კროპკოლერი ი.*, გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი, დარჯანია თ., *ჭეჭელაშვილი ზ. (მთარგმნელები)*, ჩაჩანიძე

ე., დარჯანია თ., თოთლაძე ლ. (რედ.), მე-13 გამოც., თბ., 2014, 636, § 823.

²⁹ *ძლიერიშვილი ზ.*, მომეტებული საფრთხის წყაროთი მიყენებული ზიანის ანაზღაურება სსკ-ის 999-ე მუხლის მაგალითზე, *ჟურნ. „ადვოკატი“*, 2013, №2, 35.

³⁰ *რუსიაშვილი გ.*, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, *ჭანტურია ლ. (რედ.)*, თბ., 2019, მუხლი 412, ველი 7.

³¹ *ბილინიგი კ., ლუტრინგჰაუსი პ.*, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის ცალკეული მოთხოვნის საფუძვლების სისტემური ანალიზი, თბ., 2009, 48.

³² სამოქალაქო კოდექსისგან განსხვავებით სისხლის სამართლის კოდექსის მე-8 მუხლის მ-3 ნაწილი ადგენს უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირის დეფინიციას.

ლებელია სამართლის თეორიაში არსებული დოგმების გამოყენება. უმოქმედობის შემთხვევაში, მიზეზობრიობის პირობათა თეორიის ფორმულა ჰიპოთეტურ მიზეზობრიობად (ანუ კვაზი-კაუზალობად) უნდა იქნეს გარდაქმნილი და უნდა დადგინდეს სავალდებულო და შესაძლებელი მოქმედებით შედეგი თავიდან იქნებოდა თუ არა აცილებული.³³

უმოქმედობა პირს შეერაცხება მაშინ, როდესაც მას ეკისრებოდა ზიანის თავიდან აცილების იურიდიული მოვალეობა (სამართლებრივი გარანტიის ფუნქცია) და მოქმედების განხორციელებით შეიძლებოდა თავიდან აცილებულიყო დამდგარი ზიანი.³⁴ ეს მოვალეობა შეიძლება გამომდინარეობდეს სხვადასხვა საფუძვლიდან, კერძოდ, კანონიდან, ხელშეკრულებიდან, საოჯახო თუ სხვა მსგავსი ახლობლური ურთიერთობებიდან და სხვ.³⁵ სამართლებრივი გარანტიის ფუნქციის წარმოშობის ორი ძირითადი საფუძვლის გამოყოფა შესაძლებელია: განსაყვანა მყოფი პირის დაცვის მოვალეობა იმ პირისგან, რომელსაც მისი დაცვის ვალდებულება აქვს და საფრთხის წყაროდან მომდინარე საფრთხის აღკვეთის მოვალეობა იმის მიერ, ვისაც ევალება ამ საფრთხის თავიდან აცილება.³⁶ როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ექიმის მკურნალობის მოვალეობა (ზრუნვის ვალდებულება) შეიძლება გამომდინარეობდეს როგორც კანონიდან (პაციენტის მგომარეობიდან გამომდინარე გადაუდებელი აუცილებლობის შემთხვევაში), ისე სახელშეკრულებო ურთიერთობიდან.

გარდა სამართლებრივი გარანტიის ფუნქციისა, უმოქმედობის შერაცხვისთვის უნდა დადგინდეს, პირის მოქმედების შედეგად აცილებული იქნებოდა თუ არა დამდგარი შედეგი.³⁷ რეალურ ცხოვრებაში რთულია დადგინდეს, პირს რომ ემოქმედა, შედეგი გარდაუვლად იქნებოდა თუ არა აცილებული. ყოველთვის იარსებებს ალბათობა იმისა, რომ პირის მიერ სწორად მოქმედების შემთხვევაშიც კი ზიანი სხვა დამოუკიდებ-

ლი მიზეზით დადგებოდა.³⁸ შესაბამისად, აუცილებელია განისაზღვროს რა სტანდარტის ჰიპოთეტური მიზეზობრიობა უნდა არსებობდეს იმისათვის, რომ მოსარჩელემ შეძლოს სასამართლოში მიზეზობრივი კავშირის დადასტურება.

3.2. უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტები (შედეგის თავიდან აცილების ალბათობის ხარისხი)

როგორც ზემოთ აღვნიშნა, პრაქტიკაში თითქმის არ არსებობს შემთხვევა, როდესაც დარწმუნებით შეიძლება ითქვას, რომ ზიანის მიმყენებელს რომ არ დაერღვია ზრუნვის ვალდებულება, ზიანი აუცილებლად (100 პროცენტით) თავიდან იქნებოდა აცილებული. განსაკუთრებით ეს ეხება სამედიცინო სფეროსა და სამედიცინო შეცდომის შედეგად პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს. ადამიანის ორგანიზმის თავისებურებები, ავადმყოფობის პათოგენურობა და ბევრი სხვა ფაქტორი გავლენას ახდენს პაციენტის გამოჯანმრთელების ალბათობის შემცირებაზე. ამას ემატება ისიც, რომ არც ერთი სამედიცინო მანიპულაცია არ იძლევა გარანტირებულ შედეგს. ზოგ შემთხვევაში სამედიცინო მანიპულაციის შედეგად წარმატების რისკი მხოლოდ 50% ან უფრო ნაკლებია. ასეთ შემთხვევაში შესაფასებელია, ექიმის უმოქმედობა რამდენად შეიძლება მისთვის სამოქალაქო სამართლებრივი წესით ზიანის ანაზღაურების დაკისრების საფუძველი გახდეს. შესაბამისად, აუცილებელია განვსაზღვროთ კონკრეტული მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი, რომლითაც მოსამართლე იხელმძღვანელებს გადაწყვეტილების გამოტანის დროს.

³³ ტურავა მ., სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოცემა, თბ., 2013, 283.

³⁴ კროპკოლერი ი., გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი, დარჯანია თ., ჭეჭელაშვილი ზ. (მთარგმნელები), ჩაჩანიძე ე., დარჯანია თ., თოთლაძე ლ. (რედ.), მე-13 გამოც., თბ., 2014, 638, § 823.

³⁵ კროპკოლერი ი., გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი, დარჯანია თ., ჭეჭელაშვილი ზ. (მთარგმნელები), ჩაჩანიძე

ე., დარჯანია თ., თოთლაძე ლ. (რედ.), მე-13 გამოც., თბ., 2014, 638, § 823.

³⁶ ტურავა მ., სისხლის სამართალი, ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა, მე-9 გამოცემა, თბ., 2013, 278.

³⁷ რუსიაშვილი გ., საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია ლ. (რედ.), თბ., 2019, მუხლი 412, ველი 3.

³⁸ ვრცლად იხ. Fisher D. A., Causation in Fact in Omission Cases, Utah Law Review, No. 4, 1992, 1341-1344.

3.2.1. უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტები ანგლოამერიკულ სამართლის სისტემაში

ტრადიციულად სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების საქმეებზე საერთო სამართლის სისტემაში მიზეზობრივი კავშირის სამი სტანდარტი გამოიყოფა. ყველაზე ძველი და მკაცრი სტანდარტია ე.წ. „გონივრული სამედიცინო დამარწმუნებლობის“ სტანდარტი.³⁹ შემდგომ სტანდარტს მოიხსენიებენ, როგორც „გონივრული ალბათობის“ ან „უფრო მოსალოდნელია ვიდრე არა“ სტანდარტი (დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ის სასამართლოების მიერ ყველაზე ხშირად გამოყენებული სტანდარტი).⁴⁰ უახლეს და ნაკლებად მკაცრ სტანდარტს წარმოადგენს „არსებითი შესაძლებლობის“ ან „არსებითი ფაქტორის“ სტანდარტი.⁴¹

„გონივრული სამედიცინო დამარწმუნებლობის“ სტანდარტი გულისხმობს იმის დამტკიცებას, რომ ექიმის მართლზომიერი ქმედების შემთხვევაში, პაციენტისთვის დამდგარი მძიმე შედეგი სავარაუდოდ (გარკვეული სამედიცინო დამარწმუნებლობით) აცილებული იქნებოდა თავიდან. შედეგის სავარაუდოდ აცილების პროცენტული გამოხატულება განსხვავებულია სხვადასხვა სამართლის სისტემაში. იგი მერყეობს შედეგის თავიდან აცილების ალბათობის 51%-დან 90%-ზე მეტ ოდენობამდე. სწორედ ამ ფართო ვარიაციის გამო ეს სტანდარტი მრავალჯერ იქნა გაკრიტიკებული, რადგან ფართო ვარიაცია ზემოაღნიშნულ სტანდარტს ქმნის გაუჭვრეტადს.⁴²

„გონივრული ალბათობის“ სტანდარტი მოითხოვს სულ მცირე 51%-იან ალბათობას, რომ ექიმის მართლზომიერი მოქმედების შემთხვე-

ვაში მძიმე შედეგი თავიდან იქნებოდა აცილებული. ასეთი მიდგომა ამარტივებს სასამართლოში მოსარჩელე პაციენტის მტკიცების ტვირთს, მაგრამ მეორე მხრივ, ის წარმოადგენს ე.წ. „უხეშ მართლმსაჯულებას“.⁴³ ასეთ შემთხვევაში, ექიმის მხარეს დგება რისკი, რომ მას შემთხვევების თითქმის ნახევარში მოუწევს ზიანის ანაზღაურება მაშინაც კი, როდესაც მისი მართლზომიერი ქმედების შემთხვევაში, რეალურ ცხოვრებაში მძიმე შედეგი ვერ იქნებოდა თავიდან აცილებული. მხოლოდ 1%-ით მეტი ალბათობა დადებითი შედეგის დადგომისა, ექიმს აკისრებს სრულ პასუხისმგებლობას.

„გონივრული ალბათობის“, იმავე „უფრო მოსალოდნელია ვიდრე არა“ სტანდარტის ძირითადი ასპექტების შესახებ მნიშვნელოვანი განმარტება გააკეთა ოჰაიოს უზენაესმა სასამართლომ, საქმეზე *Cooper v. Sisters of Charity*.⁴⁴ საქმის ფაქტობრივი გარემოებების მიხედვით, მოსარჩელე კუპერის ვაჟმა მიიღო თავის ქალის დაზიანება, რომელიც სათანადო ოპერაციული ჩარევის გარეშე თითქმის 100% შემთხვევაში გამოიწვევდა პაციენტის გარდაცვლას. მკურნალმა ექიმმა დაუდევრობით დაარღვია საკუთარი პროფესიული მოვალეობა და პაციენტს არ ჩაუტარა ყველა საჭირო სადიაგნოსტიკო ტესტი. ბიჭი გაწერილი იქნა საავადმყოფოდან იმავე დღეს და მეორე დღით იგი სახლში გარდაიცვალა. საქმეზე სამედიცინო ექსპერტის განმარტებით დგინდებოდა, რომ სათანადო ოპერაციის გაკეთების შემთხვევაშიც ბიჭის გადარჩენის მხოლოდ 50%-იანი ალბათობა არსებობდა. სწორედ ექსპერტის მიერ დადგენილი გადარჩენის შანსის ოდენობის გამო, სასამართლომ მიიღო გადაწყვეტილება, რომ ექიმს არ უნდა დაკისრებოდა სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობა, რადგან სათანადო ოპერა-

³⁹ ვრცლად იხ. *Lewin J. L.*, The Genesis and Evolution of Legal Uncertainty About "Reasonable Medical Certainty", *Maryland Law Review*, Vol. 57, Issue 2, 1998.

⁴⁰ ვრცლად იხ. *Blome-Tillmann M.*, More likely than not. Knowledge first and the role of statistical evidence in courts of law, *Oxford University Press*, 2017, 278-292.

⁴¹ ვრცლად იხ. *Green M. D.*, Insufficiency of the Substantial Factor Test for Causation, *Missouri Law Review*, Vol. 73, Issue 2, Spring 2008, 399-431.

⁴² *Rosati J.*, Causation in Medical Malpractice: A Modified Valuation Approach, *Ohio State Law Journal*, Vol. 50, 1989, 470.

⁴³ *Miller, Herskovits v. Group Health Cooperative: Negligent Creation of a Substantial Risk of Injury is a Compensable Harm*, *University of Puget Sound Law Review*, 251, 273 (1985). In: *Rosati J.*, Causation in Medical Malpractice: A Modified Valuation Approach, *Ohio State Law Journal*, Vol. 50, 1989, 471.

⁴⁴ *Cooper v. Sisters of Charity of Cincinnati*, Supreme Court of Ohio, Jul 21, 1971.

ციის ჩატარების პირობებშიც კი ბიჭის გადარჩენის ალბათობა არ იყო 50%-ზე მაღალი.⁴⁵ შესაბამისად, ამ გადაწყვეტილებით, სასმართლომ მკაცრად განსაზღვრა, რომ ექიმს მხოლოდ მაშინ შეიძლება დაეკისროს პასუხისმგებლობა, თუ მართლზომიერი ქმედების შემთხვევაში უარყოფითი შედეგის აცილების ალბათობა მეტია 50%-ზე.

რაც შეეხება მესამე „არსებითი შესაძლებლობის“, იმავე „არსებითი ფაქტორის“ სტანდარტს, მას მეცნიერთა მხოლოდ მცირე ნაწილი იზიარებს. ამ სტანდარტის მიხედვით, იმისათვის, რომ პირს დაეკისროს პასუხისმგებლობა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაურესების არსებითი საფუძველი უნდა იყოს პირის ქმედება. იგი ზემოაღნიშნული სტანდარტებისგან განსხვავდება იმით, რომ ის ძირითადად გამოიყენება მოწამვლით გამოწვეულ ჯანმრთელობის დაზიანების საქმეებზე. ეს სტანდარტი საპირისპიროა „გონივრული სამედიცინო დამარწმუნებლობის“ სტანდარტისა და არ არის შეზღუდული პირის მართლზომიერი ქმედების გამო უარყოფითი შედეგის თავიდან აცილების ალბათობის 50%-ზე მეტი შესაძლებლობის აუცილებლობით.⁴⁶

„არსებითი ფაქტორის“ სტანდარტი ყველაზე თვალნათლივ გამოყენებული იქნა ე.წ. აბბესტის საქმეში *Borel v. Fibreboard Paper Products Corporation*.⁴⁷ მოსარჩელე კლარენს ბორელი 1936 წლიდან მუშაობდა საიზოლაციო მასალებზე, რომელიც შეიცავდა აბბესტს. იგი 1969 წელს ავადმყოფობის გამო იძულებული გახდა მუშაობა შეეწყვიტა. მას დაუდგინდა აბბესტოზისი⁴⁸ და პლევრალური მეზოთელიომა.⁴⁹ აღნიშნული დაავადებები შესაძლოა გამოწვეული ყოფილიყო აბბესტის მასალებთან მუშაობის გამო, მაგრამ ვინაიდან მოსარჩელე წლების განმავლობაში მუშაობდა ამ მასალებთან, შეუძლებელი იყო დაავადების გამომწვევი ზუსტი მიზეზის დადგენა, რადგან ზემოაღნიშნული დაავადება ვლინდება აბბესტის მტკრის ფილტვში მოხვე-

დრიდან 10-დან 20 წლამდე პერიოდში. მოცემულ საქმეში სამართლებრივ პრობლემას წარმოადგენდა ისიც, რომ მოსარჩელე წლების განმავლობაში უამრავი კომპანიის მიერ ნაწარმოებ აბბესტის მასალაზე მუშაობდა და შეუძლებელი იყო კონკრეტულად დადგენა, რომელი კომპანიის მიერ წარმოებული მასალით შეიძლებოდა მისდგომოდა ზიანი მოსარჩელის ჯანმრთელობას. სასამართლო მოცემულ საქმეში დაეყრდნო მკაცრი პასუხისმგებლობის დოქტრინას და განმარტა, რომ თითოეული მწარმოებელი კომპანია იყო პასუხისმგებელი მოსარჩელის ჯანმრთელობის დაზიანებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ ვერ დგინდებოდა კონკრეტულად რომელი კომპანიის წარმოებული აბბესტის შემცველი მასალით დაუზიანდა ჯანმრთელობა მოსარჩელეს. მაგრამ სასამართლოს განმარტებით, ვინაიდან ზემოაღნიშნული დაავადებების გამომწვევი არსებითად იყო აბბესტი, მნიშვნელობა არ ჰქონდა იმას, დადგინდებოდა თუ არა კონკრეტული კომპანიის მასალა, რომლითაც მოსარჩელე დაავადდა. ყველა კომპანია იყო ვალდებული აენაზღაურებინა მოსარჩელისთვის მიყენებული ზიანი, რადგან მათ სათანადოდ არ გააფრთხილეს მოსარჩელე შესაძლო ჯანმრთელობის დაზიანების შესახებ და ავადმყოფობის განვითარების არსებითი ფაქტორი იყო მათ მასალაში არსებული აბბესტი.

მიუხედავად იმისა, რომ „არსებითი ფაქტორის“ სტანდარტი შესაძლოა გამოიყენოს სასამართლომ მოწამვლის საქმეებზე, იგი მაინც შეზღუდულად უნდა იქნეს გამოყენებული, რადგან მას მტკიცების ტვირთი უმეტესწილად გადააქვს მოპასუხის მხარეს. ამ სტანდარტის მიხედვით, მოსარჩელემ უნდა დაადასტუროს ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანი შეიძლება გამოეწვია ექიმის ქმედებას და შემდეგ უკვე ექიმს ევალება ამტკიცოს, რომ შედეგი გამოწვეული არ არის მისი უმოქმედობით, რაც არასამართლიანად ამძიმებს მოპასუხის მტკიცების ტვირთს. ნიუ იორკის შტატის უზენაესმა სასამა-

⁴⁵ *Cooper v. Sisters of Charity of Cincinnati*, Supreme Court of Ohio, Jul 21, 1971.

⁴⁶ *Rosati J.*, Causation in Medical Malpractice: A Modified Valuation Approach, *Ohio State Law Journal*, Vol. 50, 1989, 473.

⁴⁷ *ib. Borel v. Fibreboard Paper Products Corporation*, United States Court of Appeals, Fifth Circuit, Sep 10, 1973.

⁴⁸ ფილტვების ხანგრძლივი ანთება და ფილტვების დაზიანება აბბესტის ბოჭკოების გამო.

⁴⁹ ფილტვის მეზოთელიური უჯრედების სიმსივნე.

როტომ საქმეზე *Kallenberg v. Beth Israel Hospital* არ დააკმაყოფილა ზიანის ანაზღაურებაზე მოსარჩელის მოთხოვნა, რომელიც ეფუძნებოდა „არსებითი ფაქტორის“ სტანდარტს.⁵⁰ საქმის მასალების მიხედვით, სამედიცინო პერსონალმა პაციენტს დროულად არ ჩაუტარა საჭირო ოპერაცია, რის შემთხვევაში პაციენტის გადარჩენის ალბათობა 20-დან 40%-მდე იყო. სასამართლომ ეს არ ჩათვალა საკმარისად მოპასუხისთვის ზიანის სრულად დასაკისრებლად.

3.2.2. უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტები კონტინენტური ევროპის სამართლის სისტემაში

საერთო სამართლის სისტემისგან განსხვავებით, კონტინენტურ ევროპულ სამართლის სისტემაში მიზეზობრივი კავშირის უფრო მკაცრი (მაღალი) სტანდარტი გამოიყენება ექიმის უმოქმედობის გამო პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნებზე. მაგალითად, გერმანული სამართლის სისტემის მიხედვით, ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის დასაკმაყოფილებლად აუცილებელია არსებობდეს 90%-ზე მეტი ალბათობა, რომ ექიმის მართლზომიერი მოქმედების შემთხვევაში ზიანი თავიდან იქნებოდა აცილებული.⁵¹ ერთ-ერთ საქმეში გერმანიის სასამართლომ მოსარჩელეს უარი უთხრა ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის დაკმაყოფილებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ ექსპერტების დასკვნით არსებობდა 70% ალბათობა იმისა, რომ დროული მკურნალობის შემთხვევაში პაციენტისთვის მიყენებული ზიანი თავიდან იქნებოდა აცილებული.⁵²

გერმანულის მსგავსად უდგება საკითხს შვეიცარული სამართლის სისტემა. მოსარჩელე ვა-

ლდებულია დაამტკიცოს საკმარისი ალბათობა იმისა, რომ ექიმის მართლზომიერი ქმედების შედეგად დამდგარი ზიანი თავიდან იქნებოდა აცილებული. როგორც წესი, ეს გულისხმობს შედეგის თავიდან აცილების ალბათობას 90%-ზე მეტი ოდენობით.⁵³ თუმცა ერთ-ერთ საქმეში, ციურიხის სასამართლოს გადაწყვეტილებით, ექიმს დაეკისრა ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტისათვის საჭირო მკურნალობის დროულად ჩატარების შემთხვევაში მისი გადარჩენის ალბათობა მხოლოდ 60% იყო (პაციენტს დაგვიანებით დაუსვეს სათესლე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი, რის გამოც პაციენტი გარდაიცვალა). აღსანიშნავია ისიც, რომ სასამართლომ ამ შემთხვევაში ექიმს დამდგარი ზიანის 60%-ის ანაზღაურება დააკისრა.⁵⁴ ეს გადაწყვეტილება კვლავ გამონაკლისად რჩება შვეიცარული სამართლის სისტემაში. შვეიცარიაში ექიმის სამოქალაქო პასუხისმგებლობისთვის საკმარისი არ არის პაციენტისათვის ზიანის აცილების უბრალო 50%-ზე მეტი ალბათობა.⁵⁵

გერმანულის მსგავსად, მაღალ სტანდარტს ამკვიდრებს ფრანგული სამართლის სისტემაც. აქაც საჭიროა არსებობდეს 90%-ზე მეტი ალბათობა იმისა, რომ ექიმის მართლზომიერი ქმედება პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს თავიდან აიცილებდა. მაგრამ საფრანგეთში, გერმანიისგან განსხვავებით, სასამართლო პრაქტიკა იყენებს „დაკარგული შანსის“ დოქტრინას, რაც, თავის მხრივ, საგამონაკლისო წესით ითვალისწინებს ანაზღაურების ვალდებულებას უფრო დაბალი ალბათობის შემთხვევაშიც (ვრცლად დაკარგული შანსის თეორიაზე ქვემოთ იქნება საუბარი).⁵⁶ აღსანიშნავია ისიც, რომ ავსტრიის სასამართლოებმაც შეამცირეს მიზეზობრივი

⁵⁰ *ob. Kallenberg v. Beth Israel Hosp.*, Appellate Division of the Supreme Court of New York, First Department, Jun 27, 1974.

⁵¹ *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, European review of private law, vol. 16, no. 6, 2008, 1018.

⁵² *ob. BGH NJW* 1999, 860.

⁵³ *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, European review of private law, vol. 16, no. 6, 2008, 1018.

⁵⁴ *OG Ziirich, SJZ* 85 (1989): 119. In: *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, European review of private law, vol. 16, no. 6, 2008, 1033.

⁵⁵ *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, European review of private law, vol. 16, no. 6, 2008, 1019.

⁵⁶ *Hyslop E. I.*, European Causation in Tort Law: A Comparative Study with emphasis on Medical Law in the United Kingdom, Germany and France and Luxembourg, A thesis

კავშირის მტკიცებითი სტანდარტი სამედიცინო შეცდომის საქმეებზე.⁵⁷

3.2.3. უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ქართულ სამართალში

რაც შეეხება ქართულ სამართალსა და სასამართლო პრაქტიკას, იგი მეტწილად იზიარებს გერმანული სამართლის მიდგომას. ქართული სასამართლო პრაქტიკის ანალიზით შეიძლება დავასკვნათ, რომ მოსარჩელემ სასამართლოში უნდა დაადასტუროს ექიმის მართლზომიერი მოქმედების შემთხვევაში არსებობდა 90%-ზე მეტი ალბათობა იმისა, რომ პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ გაუარესდებოდა. უზენაესმა სასამართლომ არაერთ გადაწყვეტილებაში განმარტა, რომ „მკურნალობის შედეგად გამოწვეული ზიანის ანაზღაურება მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება დაკმაყოფილდეს, თუკი პირისათვის მიყენებული ზიანი გამოწვეულია უშუალოდ მცდარი სამედიცინო მოქმედებით, ანუ გამოკვეთილია მიზეზობრივი კავშირი მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და დამდგარ შედეგს შორის. ის გარემოება, რომ ზიანი

გამოიწვია სამედიცინო პერსონალის ქმედებამ, უტყუარად უნდა დადგინდეს.“⁵⁸

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, როდესაც ექიმის სწორად მოქმედების შემთხვევაში თუნდაც საგრძნობლად შემცირებულიყო გართულებების ალბათობა, ეს არ წარმოადგენს საკმარის გარემოებას მიზეზობრივი კავშირის დასამტკიცებლად. მოსარჩელემ „უტყუარად“ უნდა დაამტკიცოს, რომ ჯანმრთელობის დაზიანება გამოწვეულია ექიმის ქმედების შედეგად.⁵⁹ სასამართლოების მიერ გამოყენებული სიტყვა „უტყუარად“ გულისხმობს ალბათობის მაღალ ხარისხს.⁶⁰ მართალია, სასამართლო არ ადგენს რამდენ პროცენტია გამოჯანმრთელების ალბათობა უნდა არსებობდეს მიზეზობრივი კავშირის დასამტკიცებლად, მაგრამ 90%-ზე მაღალი გამოჯანმრთელების ალბათობა საკმარისი უნდა იყოს მიზეზობრიობის დასადგენად. არც ერთ ძირითად სამართლის სისტემაში, მათ შორის სისხლის სამართალშიც, ამაზე მაღალი სტანდარტი მოთხოვნილი არ არის. შესაბამისად, ქართული სასამართლო მოსარჩელისგან მოითხოვს მიზეზობრივი კავშირის მაღალი სტანდარტით დამტკიცებას, რომ ექიმის სწორად მოქმედების შე-

submitted for a degree of PhD in law of the University of Luxembourg, 2015, 241-246.

⁵⁷ Kadner G. T., Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, European review of private law, vol. 16, no. 6, 2008, 1019.

⁵⁸ იხ. სუსგ-ები: საქმე №ას-1046-966-2017, 20.07.2018წ.; საქმე №260-244-11, 27.06.2011წ.; №ას-1800-2019, 20.02.2020წ.

⁵⁹ იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2016 წლის 22 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-1102-1038-2015.

⁶⁰ სხვა საქმეში სასამართლომ ექიმის შეცდომასა და პაციენტის გარდაცვალებას შორის მიზეზობრივი კავშირის დასადგენად საკმარისად მიიჩნია ექსპერტის დასკვნა, რომლის მიხედვითაც ექიმს დროულად და სწორად რომ შეეფასებინა პაციენტის მდგომარეობა, სრულად ჩაეტარებინა მკურნალობა და ოპერაციულა, „პაციენტის გადარჩენის შანსი გაიზრდებოდა.“ საქმის მასალების მიხედვით, პაციენტი გარდაიცვალა საკეისრო კვეთის შედეგად გამოწვეული გართულებებით. პაციენტის სიკვდილის მიზეზი: საკეისრო კვეთის შედეგად განვითარებული ჩირქოვან-ნეკროზული ენდო-მიო-პერიმეტრიტი, რომელიც გართულდა დიფუზური ფიბრინული ჩირქოვანი პერიტონიტით, რაც გახდა შინაგან ორგანოებში სიცოცხლესთან შეუთავსებელი ცვლილებების აღმოცენების მიზეზი. პაციენტს არ ჩატარებია სწრაფი კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები, ასევე ნე-

როპათოლოგის, თერაპევტისა და სეპტოლოგის, რის გამოც იგი ვერ მომზადდა საოპერაციოდ აღნიშნულ სპეციალისტებთან შეთანხმებით. სამედიცინო დოკუმენტების შესწავლის შედეგად ირკვეოდა, რომ მოპასუხეთა სამედიცინო კოლექტივის მიერ პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმე არ იყო სათანადოდ აღქმული, რის გამოც პაციენტს წინასაოპერაციო მომზადება ფაქტობრივად არ ჩატარებია. მკურნალობის პროცესში დაშვებული უზუსტობების შედეგად დროულად ვერ იქნა მიღებული გადაწყვეტილება პაციენტის ოპერაციის შესახებ. ექპერტის დასკვნის თანახმად კი, მოპასუხეების მიერ დროულად და სწორად რომ მომხდარიყო პაციენტის მდგომარეობის შეფასება, სრული მკურნალობის ჩატარება და ოპერაციული ჩარევა, პაციენტის გადარჩენის შანსი გაიზრდებოდა. მოცემულ საქმეში, არ იყო განსაზღვრული, ექიმის სწორი მოქმედებების შედეგად ალბათობის მაღალი ხარისხით შეიძლებოდა თუ არა პაციენტის გადარჩენა. სწორი ქმედების შედეგად არსებობდა მხოლოდ კეთილსაიმედო გამოსავლის გაზრდილი შანსი, მაგრამ „უტყუარად“ არ დგინდებოდა გადარჩენის ალბათობა. აღნიშნულ საქმეში სასამართლომ აშკარად დაწია მძიმე შედეგის თავიდან აცილების ალბათობის ხარისხი. მაგრამ მსგავსი საქმეები მხოლოდ საგამონაკლისო ხასიათისაა და არ წარმოადგენს ჩამოყალიბებულ პრაქტიკას. იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2016 წლის 29 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-891-841-2015.

მთხვევაში მძიმე შედეგი თავიდან იქნებოდა აცილებული.

3.3. დაკარგული შანსის თეორია

სამართალში არსებული ტრადიციული მიდგომა სამედიცინო პერსონალის მართლსაწინააღმდეგო უმოქმედობისა და დამდგარი ზიანის მიზეზობრივი კავშირის მტკიცებითი სტანდარტის შესახებ წარმოადგენს ე.წ. „ყველაფერი ან არაფერი“ მიდგომას (all or nothing approach). „ყველაფერი ან არაფერი“ აღნიშნავს ტრადიციული სტანდარტების ტენდენციას, რომლის დროსაც თუ მოსარჩელე დაამტკიცებს, რომ სამედიცინო პერსონალის სწორად მოქმედების შემთხვევაში, მას ზიანი არ მიაღებოდა, აუნაზღაურდება მიყენებული ზიანი სრულად.⁶¹ მაგრამ იმ შემთხვევაში, თუ მაგალითად, მოსარჩელის გამოჯანმრთელების ალბათობა 91%-ია, არსებობს 9% ალბათობა იმისა, რომ დაზიანება გამოწვეული იყოს მოსარჩელის წინასწარი მდგომარეობის გამო და არა მოპასუხის დაუდევრობით. ასე შემთხვევიდან ცხრაში, ექიმს არასწორად დაეკისრება ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება. სხვა შემთხვევაში, თუ გამოჯანმრთელების ალბათობა 40%-ია, ექიმს არ დაეკისრება ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება და იგი ხუთიდან ორ შემთხვევაში არასწორად გათავისუფლდება პასუხისმგებლობისგან. ასეთ დროს პაციენტს არ შეუძლია დაამტკიცოს მიზეზობრივი კავშირის არსებობა ექიმის ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის, მაგრამ მას შეუძლია დაამტკიცოს დაკარგული გამოჯანმრთელების შანსი (შესაძლებლობა), რომელიც წაერთვა ექიმის მართლსაწინააღმდეგო ქმედების გამო. დაკარგული შანსის თეორიის მიხედვით, სწორედ ამ გამოჯანმრთელების დაკარგულ შანსს

გააჩნია ღირებულება და იგი წარმოადგენს სამართლებრივად დაცულ სიკეთეს, რომლის გამოც არის შესაძლებელი ექიმისთვის ზიანის ანაზღაურების ვალდებულების დაკისრება.⁶²

დაკარგული შანსის თეორიის უკეთ გასაგებად აუცილებელია მისი ელემენტების გამოყოფა - „შანსი“ და „დაკარგვა“. „შანსი“ არის გარკვეული სარგებლის მოპოვების ან შესაძლო ზიანის თავიდან აცილების შესაძლებლობა. ის წარმოადგენს სიკეთეს და შეიძლება გავიგოთ, როგორც რისკის კონცეფციის საპირისპირო ცნება. შანსი ჰიპოთეტურ ალბათობაა, რომელიც ან შეიძლება განხორციელდეს, ან არა. მაგრამ ვიდრე შანსი მატერიალიზდება, ყოველთვის არსებობს მისი დადგომის შესაძლებლობა შესაბამისი ალბათობის ხარისხით.⁶³ სარგებლის მიღების ან ზიანის თავიდან აცილების შანსს თავისთავად აქვს ღირებულება, რომელიც სამართლებრივ დაცვას იმსახურებს.⁶⁴ იგი, ტრადიციული ზიანისგან განსხავებით, არ წარმოადგენს მატერიალურად ხელშესახებ ქონებრივ დანაკარგს ან დაზიანებას, მაგრამ ის არის თეორიული დადებითი შესაძლებლობის დაკარგვა, რომელიც შეიძლება დამდგარიყო, რომ არა პირის კონკრეტული ქმედება. სწორედ ეს შანსი წარმოადგენს სამართლებრივად დაცულ სიკეთეს.

რაც შეეხება „დაკარგვის“ ელემენტს, აუცილებელია ერთმანეთისგან გაიმიჯნოს შანსის დაკარგვა და უარყოფითი შედეგის დადგომის ალბათობის რისკის ზრდის შემთხვევები. რისკის ზრდასთან საქმე გაქვს, როდესაც უკვე არსებობს უარყოფითი შედეგის დადგომის ალბათობა, მაგრამ პირის ქმედებით რისკი იზრდება. ამ შემთხვევაში, არ იკარგება შანსი, არამედ ახალი რისკი ემატება პირისთვის უარყოფითი შედეგის დადგომის ალბათობას.⁶⁵ შანსი იკარ-

⁶¹ *McDonnell D. A.*, Increased Risk of Disease Damages: Proportional Recovery as an Alternative to the All or Nothing System Exemplified by Asbestos Alternative to the All or Nothing System Exemplified by Asbestos Cases, *Boston College Environmental Affairs Law Review*, Vol. 24, Issue 3, 1997, 623-627.

⁶² *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, *European review of private law*, vol. 16, no. 6, 2008, 1009.

⁶³ *Jansen N.*, The Idea of a Lost Chance, *Oxford Journal of Legal Studies*, Vol. 19, 1999, 279.

⁶⁴ *Fischer D. A.*, Tort Recovery for Loss of a Chance, *Wake Forest Law Review*, Vol. 605, 2001, 617.

⁶⁵ მაგალითად, დაკარგულ შანსად ვერ მივიჩნევთ *Wilsher v Essex Area Health Authority* საქმეს. კერძოდ, საქმის მასალების მიხედვით, მარტინ უილშერი დაიბადა ნაადრევად მშობიარობის გზით (3 თვით ადრე) და ჰქონდა ჯანმრთელობის მრავალი პრობლემა. ამას დაემატა ისიც, რომ მოპასუხე საავადმყოფოში გამოუცდელი უმცროსი ექიმის დაუდევრობით ბავშვს მიეწოდებოდა ზედმეტი

გება იმ შემთხვევაში, როდესაც პირს აქვს მოქმედების ვალდებულება და იგი არ მოქმედებს პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად, რითაც იკარგება დადებითი შედეგის დადგომის ალბათობის რეალიზების საშუალება.

დაკარგული შანსის თეორია გამოიყენება არამხოლოდ სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების საქმეებზე, არამედ მას გამოყენების ფართო პერსპექტივა აქვს. დაკარგული შანსის თეორია გამოიყენება როგორც დელიქტურ, ისე სახელშეკრულებო სამართალში. ერთ-ერთი პირველი შემთხვევა, როდესაც დაკარგული შანსის თეორია გამოყენებულ იქნა იყო საქმეზე *Chaplin v Hicks*. აღნიშნულ საქმეში მოსარჩელე იყო ახალგაზრდა ქალი, რომელიც 1908 წელს მონაწილეობდა მოპასუხის მიერ ორგანიზებულ სილამაზის კონკურსში. მხარეთა შორის არსებობდა სახელშეკრულებო ურთიერთობა. 6000-ზე მეტი კონკურსანტიდან მოსარჩელე შეირჩა ორმოცდაათ ფინალისტში. თითოეული ფინალისტი უნდა დასწრებოდა მოპასუხესთან პირად გასაუბრებას და მოპასუხეს უნდა აერჩია თორმეტი გამარჯვებული, რომლებიც მიიღებდნენ ძვირფას სამუშაოს, როგორც მსახიობები. მოსარჩელე ვერ დაესწრო გასაუბრებას მისთვის გამოყოფილ დროს და მოპასუხემ, მოსარჩელესთან დადებული ხელშეკრულების დარღვევით, უარი თქვა მასთან მოგვიანებით გასაუბრებაზე. მაშასადამე, მოსარჩელე საბოლოო შერჩევისას არც განიხილებოდა. აღნიშნულ საქმეზე სასამართლომ დაადგინა, რომ მოსარჩელეს არ შეეძლო მოეთხოვა ზიანის ანაზღაურება თავად დაკარგული პრიზისთვის, ვინაიდან იგი ვერ დაამტკიცებდა შეძლებდა თუ არა კონკურსის მოგებას. მიუხედავად ამისა, თავად პრიზის მოგების უბრალო შე-

საძლებლობა (შანსი) იყო ღირებული უფლება, რომლის დაკარგვაც შეიძლებოდა ანაზღაურებულიყო. სასამართლოს განმარტებით, ვინაიდან ფინალურ ეტაპზე გადასული იყო 50 კონკურსანტი, ხოლო პრიზი 12 მათგანს გადაეცემოდა, მოსარჩელეს პროპორციულობის პრინციპის გათვალისწინებით უნდა ანაზღაურებოდა პრიზის 12/50 ნაწილი.⁶⁶

დაკარგული შანსის თეორია შეიძლება გამოყენებულ იქნეს იმ შემთხვევაში, როდესაც მიზეზობრივი კავშირის შესაბამისი სტანდარტით ვერ დგინდება, პირის ქმედება იყო თუ არა შედეგის გამომწვევი მიზეზი.⁶⁷ ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ საქმეზე დგინდება მიზეზობრივი კავშირი, მაშინ ზიანის ანაზღაურება უნდა განხორციელდეს ტრადიციული მიდგომის შესაბამისად. სასამართლო არ არის შეზღუდული დაკარგული შანსის დოქტრინით და ის წარმოადგენს ტრადიციული სისტემის დანამატს, რომელსაც სასამართლო იყენებს ცალკეულ შემთხვევებში.

ტრადიციული მიდგომისგან განსხვავებით, დაკარგული შანსის თეორიის გამოყენების შემთხვევაში, ანაზღაურებას ექვემდებარება არა დამდგარი სრული ზიანი, არამედ ანაზღაურდება ზიანის აცილების დაკარგული შანსის პროპორციული ნაწილი.⁶⁸ მაგალითად, პაციენტს ჰქონდა გამოჯანმრთელების 40%-იანი შანსი. მაგრამ ექიმის არასწორი დიაგნოზის გამო, დაგვიანებული მკურნალობის შედეგად პაციენტის გამოჯანმრთელების ალბათობა დაიკარგა. ასეთ შემთხვევაში, ექიმს დაკარგული შანსის თეორიის საფუძველზე შეიძლება დაეკისროს დამდგარი ზიანის 40%-ის ანაზღაურების ვალდებულება.

ჟანგბადი. საავადმყოფოში ბავშვს განუვითარდა რეტროლენტალური ფიბროპლაზია, რამაც მისი დაბრმავება გამოიწვია. ექპერტების განმარტებით, ჭარბი ჟანგბადი იყო ხუთი შესაძლო ფაქტორიდან ერთ-ერთი, რომელსაც შეეძლო სიბრმავე გამოეწვია. ოთხი ჯანმრთელობის ფაქტორი ისედაც არსებობდა ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. მოცემულ შემთხვევაში, ჭარბი ჟანგბადის მიწოდებით გაიზარდა დაბრმავების რისკი და შეიქმნა დამატებითი ფაქტორი, მაგრამ ექიმის ქმედების გამო არ მომხდარა გამოჯანმრთელების რისკის დაკარგვა. ვრცლად იხ. *McInness, M., Wiping Away McGhee's Benevolent Smile: Wilsher v. Essez*

Area Health Authority, *Advocates' Quarterly*, Vol. 11, 1989, 127-128.

⁶⁶ ვრცლად იხ. *Cooper G.*, *Damages for the Loss of a Chance in Contract and Tort*, *Auckland University Law Review*, Vol. 6, 1988, 39-51.

⁶⁷ *Fischer D. A.*, *Tort Recovery for Loss of a Chance*, *Wake Forest Law Review*, Vol. 605, 2001, 605-606.

⁶⁸ *Kadner G. T.*, *Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation*, *European review of private law*, vol. 16, no. 6, 2008, 1022.

3.3.1. დაკარგული შანსის თეორიის პრაქტიკაში გამოყენების შემთხვევები უცხოურ და ტრანსნაციონალურ სამართალში

დელიქტურ სამართალში დაკარგული შანსი შედარებით ახალი თეორიაა, რომელიც ძირითადად საერთო სამართლის სისტემაში ჩამოყალიბდა. დაკარგული შანსის თეორია დღეის მდგომარეობით გამოიყენება ამერიკის შეერთებული შტატების უმეტეს ნაწილში.⁶⁹ ინგლისის, უელსისა და შოტლანდიის სამართალში, ამერიკის შეერთებული შტატებისგან განსხვავებით, იგი მხოლოდ გარკვეულ სფეროში და ისიც შეზღუდული სახით არსებობს. მაგალითად, დაკარგული შანსის თეორია შედარებით იშვიათად გამოიყენება სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების დავებზე,⁷⁰ მაშინ, როდესაც ადვოკატის მიერ დამზავებული შეცდომის შემთხვევაში ეს თეორია აქტიურად გამოიყენება.⁷¹

რაც შეეხება კონტინენტური ევროპული სამართლის სისტემას, აქ დაკარგული შანსის თეორიას უფრო კრიტიკულად უყურებენ. განსაკუთრებით ეს ეხება გერმანული სამართლის ოჯახის ქვეყნებს. გერმანული სამართლის მიხედვით, უმოქმედობის შედეგად დამდგარი ზიანის მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი გაცილებით მაღალია (90%-ზე მეტი ალბათობა შედეგის თავიდან აცილებისა), ვიდრე საერთო სამართლის სისტემაში არსებული „უფრო მოსალოდნელია ვიდრე არა“ სტანდარტი (50%-ზე მეტი ალბათობა). აღნიშნული მკაცრი მიდგომა განაპირობებს გერმანული სამართლის მკაცრ და-

მოკიდებულებას უმოქმედობით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურების საქმეებზე. ამასთან, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, გერმანული სამართალი არ აღიარებს „შანსს“, როგორც სამართლებრივად დაცულ სიკეთეს. შესაბამისად, მსგავსი კატეგორიის დავებზე, სასამართლო დაკარგულ შანსს არ მიიჩნევს მოსარჩელისთვის მიყენებულ ზიანად.⁷²

გერმანიისგან განსხვავებით, საფრანგეთი იყო კონტინენტური ევროპული სამართლის სისტემის პირველი ქვეყანა, რომელმაც მოახდინა დაკარგული შანსის თეორიის იმპლემენტაცია.⁷³ საფრანგეთის სასამართლოები რეგულარულად იყენებენ შანსის დაკარგვის თეორიას (*perte d'une chance*), როდესაც თვლიან, რომ მოპასუხის ქმედება დაზარალებულს მისთვის ხელსაყრელი მოვლენის დადგომის შესაძლებლობას ართმევს, მაგრამ არ მტკიცდება, რომ სათანადო მოქმედების შემთხვევაში ზიანი აუცილებლად იქნებოდა თავიდან აცილებული.⁷⁴ გერმანული კანონმდებლობის მსგავსად, ფრანგული სამართალი უმოქმედობით გამოწვეული ზიანის მიზეზობრივი კავშირის მაღალ სტანდარტს აწესებს (90%-ზე მეტი ალბათობა შედეგის თავიდან აცილებისა), მაგრამ საფრანგეთში შანსი განიხილება, როგორც ცალკე აღებული სამართლებრივი სიკეთე და მისი დაკარგვა, როგორც პირდაპირი ზიანი.⁷⁵ საფრანგეთის მსგავსად, დაკარგული შანსის თეორია იმპლემენტებული იქნა ნიდერლანდების, ბელგიისა და იტალიის სასამართლოების მიერ.⁷⁶

ტრანსნაციონალურ დონეზე ევროკავშირის სასამართლო ზოგ შემთხვევაში იყენებს დაკარ-

⁶⁹ *Férot A.*, The Theory of Loss of Chance: Between Reticence and Acceptance, *FIU Law Review*, Vol. 8, 2013, 592.

⁷⁰ *Sitnik P.*, Searching for a New Rationale for Compensating Loss of a Chance in Polish Tort Law. Lessons to Be Learned from England and Wales, *Review of Comparative Law*, 2017, 13-17. <<https://czasopisma.kul.pl/recl/article/view/4164>> [25.08.2022].

⁷¹ 1958 წლის საქმეზე *Kitchen v. Royal Air Force Association* ადვოკატმა გაუშვა გადაწყვეტილების გასაჩივრების ვადა, რის გამოც მოსარჩელემ ვერ შეძლო საქმის გაგრძელება და მისთვის სასურველი შედეგის მიღება. ინგლისისა და უელსის სასამართლომ, დაკარგული შანსის თეორიაზე დაყრდნობით, ადვოკატს დააკისრა კლიენტის სასარგებლოდ დავის ღირებულების 2/3-ის გადახდის ვალდებულება.

⁷² *Jansen N.*, The Idea of a Lost Chance, *Oxford Journal of Legal Studies*, Vol. 19, 1999, 291-293.

⁷³ *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, *European review of private law*, vol. 16, no. 6, 2008, 1023.

⁷⁴ *Moréteau O.*, France: French Tort Law in the Light of European Harmonization, *Journal of Civil Law Studies*, Vol. 6, no. 2, 2013, 797.

⁷⁵ *Moréteau O.*, France: French Tort Law in the Light of European Harmonization, *Journal of Civil Law Studies*, Vol. 6, no. 2, 2013, 798.

⁷⁶ *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, *European review of private law*, vol. 16, no. 6, 2008, 1024-1027.

გული შანსის თეორიას, ხოლო ზოგ შემთხვევაში უარს ამბობს მასზე. მაგალითად, საქმეში *Moritz v. Commission*, კანდიდატმა განცხადება შეიტანა სამსახურში დაწინაურების შესახებ. განცხადება დაუდევრობის გამო არ იქნა განხილული კომისიის მიერ და შემდგომ თანამდებობაზე მოსარჩელის დაწინაურების შანსი დაიკარგა. კანდიდატმა მოითხოვა ზიანის ანაზღაურება. მოსარჩელემ დარწმუნებით ვერ დაამტკიცა, რომ ის დაინიშნებოდა მაღალ თანამდებობაზე, მაგრამ საქმეში მარტივად დამტკიცდა დაწინაურების შანსის დაკარგვა. სასამართლოს გადაწყვეტილებით, მოსარჩელეს ნაწილობრივ აუნაზღაურდა ზიანი მაღალ თანამდებობაზე დაწინაურების შანსის დაკარგვის გამო.⁷⁷ სხვა სიტუაციებში, ევროკავშირის სასამართლოებმა უარყვეს ნაწილობრივი კომპენსაცია დაკარგული შანსებისთვის.⁷⁸

დაკარგული შანსის თეორიას იცნობს უნიდროიტის პრინციპებიც (*UNIDROIT Principles*). კერძოდ, 7.4.3 მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, „ანაზღაურება შეიძლება იყოს გადახდილი შანსის დაკარგვისთვის მისი წარმოშობის ალბათობის პროპორციულად“. პრინციპების ოფიციალურ კომენტარებში მოყვანილია აღნიშნული თეორიის გამოყენების მაგალითი, კერძოდ, ცხენის პატრონს, რომელიც მძღოლის ბრალეული ქმედების გამო აგვიანებს და ვერ იღებს დოლში მონაწილეობას, არ შეუძლია მძღოლს სრულად მოსთხოვოს საპრიზო თანხა, თუნდაც ცხენი ფავორიტი იყოს. მას შეუძლია მოითხოვოს საპრიზო ფონდის მხოლოდ ის ნაწილი, რომელიც პროპორციულია დოლში მონაწილე ცხენების რაოდენობისა.⁷⁹ *UNIDROIT*-ის პრინციპების 7.4.3 მუხლის მე-2 პუნქტის საფუძველზე, საარბიტრაჟო სასამართლოებმა რამდენჯერმე დაადგინეს ზიანი სახელშეკრულებო დავებზე დაკარგული შანსის (შესაძლებლობის) გამო.⁸⁰

3.3.2. დაკარგული შანსის თეორიის პრაქტიკაში გამოყენების პოტენციალი ქართულ სამართალში

ქართულ იურიდიულ ლიტერატურაში დაკარგული შანსის თეორია დღემდე არ არის განხილული. მას არ იცნობს ქართული კანონმდებლობა. სასამართლო პრაქტიკაშიც არ არსებობს გადაწყვეტილება, რომელიც სრულად ეყრდნობა დაკარგული შანსის მოძღვრებას. მაგრამ არსებობს გადაწყვეტილება, რომელიც თავისი შინაარსით წარმოადგენს დაკარგული შანსის თეორიის გამოყენების ინტუიტიურ მაგალითს. აღნიშნულ საქმეში ერთ-ერთ სასარჩელო მოთხოვნას წარმოადგენდა მოპასუხის, როგორც კომპანიის დირექტორის, მიერ განხორციელებული ქმედებით - სარჩელზე უარის თქმით, კომპანიისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურება. საქმის მასალების მიხედვით, პირველი კომპანიის მიმართ მეორე კომპანიას დაგროვილი ჰქონდა დავალიანება 39 654.59 ლარის ოდენობით. პირველ კომპანიას მეორე კომპანიის წინააღმდეგ აღძრული ჰქონდა სარჩელი დავალიანების დაკისრების მოთხოვნით და სარჩელის უზრუნველყოფის სახით დაყადაღებული იყო მეორე კომპანიის საბანკო ანგარიშები 39 654.59 ლარის ფარგლებში. მოპასუხემ, როგორც პირველი კომპანიის დირექტორმა, სწორედ ამ სარჩელზე თქვა უარი, რის გამოც მოსარჩელე მისგან ითხოვდა კომპანიისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებას. სასამართლოს განმარტებით, მართალია, კონკრეტულ შემთხვევაში, შეუძლებელი იყო განსაზღვრა დაეკისრებოდა თუ არა მეორე კომპანიას სარჩელით მოთხოვნილი თანხა ან დაკისრების შემთხვევაში, ამოღებადი იყო თუ არა თანხა, მაგრამ სარჩელზე უარის თქმით დირექტორმა კომპანიას მოუსპო სასამართლოს მეშვეობით უფლების დაცვის შესაძლებლობა. „მოპასუხემ პირველი

⁷⁷ *ob. Moritz v. Commission*, Judgment of the Court (Third Chamber), 17 December 1992, Case C-68/91 P.

⁷⁸ *Kadner G. T.*, Loss of a Chance in European Private Law - "All or nothing" or partial liability in cases of uncertain causation, *European review of private law*, vol. 16, no. 6, 2008, 1028.

⁷⁹ *UNIDROIT Principles of International Commercial Contracts*, 2016, Art. 7.4.3, Commentary.

<https://www.unidroit.org/wp-content/uploads/2021/06/Unidroit-Principles-2016-English-i.pdf> [25.08.2022].

⁸⁰ *ob. ICC International Court of Arbitration*, Paris, *Arbitral Award* 8264, 04.1997, *ICC International Court of Arbitration Bulletin*, vol. 10, No. 2, case 1999, *ICC International Court of Arbitration*, *Arbitral Award* No. 9078, 10.2001.

კომპანიის მიერ აღძრულ სარჩელზე უარის თქმით დაარღვია მასზე, როგორც დირექტორზე, დაკისრებული ფიდუციური მოვალეობა, კონკრეტულად კი, ზრუნვის (გულმოდგინების) მოვალეობა, რამეთუ მოპასუხის ქმედებით კომპანიამ დაკარგა კომერციული შანსი სასამართლო გადაწყვეტილებით მიელწია სასურველი შედეგისათვის. მეტიც, კომპანიას მისი ქმედებით წაერთვა შესაძლებლობა ხელმეორედ იდავოს აღნიშნულ თანხასთან დაკავშირებით სასამართლოში. აღნიშნული კი მიუთითებდა მისი, როგორც კომპანიის დირექტორის, ზრუნვის მოვალეობის დარღვევაზე, ვინაიდან მისი ქმედება ცხადყოფდა, რომ იგი კორპორაციის საუკეთესო ინტერესებისთვის არ მოქმედებდა, რითაც კომპანიას მიაყენა ზიანი 39 654.59 ლარის ოდენობით.⁸¹

მოცემულ საქმეში, მართალია სასამართლომ ვერ დაადგინა მიზეზობრივი კავშირი დირექტორის ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის, მაგრამ სასამართლომ თავად კომერციული შანსი მიიჩნია, როგორც ცალკე აღებული სიკეთე, რომელიც სამართლებრივ დაცვას იმსახურებს. სწორედ ამ შანსის დაკარგვა გახდა დირექტორს პასუხისმგებლობის საფუძველი. მართალია, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება კრიტიკას იმსახურებს იმ ნაწილში, რომ სასამართლომ არ დაასაბუთა თუ რა ხარისხის შანსი არსებობდა მეორე კომპანიისთვის თანხის დაკისრებისა და ამ თანხის იძულებით ამოღების კუთხით (შესაბამისად, არ იქნა დადგენილი „შანსის“ მატერიალური ღირებულება და სრულად დაეკისრა ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება დირექტორს), მაგრამ თავად „შანსის“, როგორც სამართლებრივად დაცული ობიექტის, აღიარება მნიშვნელოვანია დაკარგული შანსის თეორიის ქართულ სამართლებრივ სივრცეში იმპლემენტაციისათვის.

დასკვნა

პაციენტის უფლებების რეალიზაციის მიზნით აუცილებელია კანონმდებლისა და ქართული სასამართლოების მიდგომის ცვლილება სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების დავებზე. რა თქმა უნდა, ექიმის პროფესიული თავისუფლებისა და სამედიცინო სფეროს განვითარების ხელშეწყობისთვის არ არის მისაღები პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასა და ექიმის ქმედებას შორის დასადგენი მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტის დაწევა. მაგრამ, მეორე მხრივ, მიზეზობრივი კავშირის მაღალი სტანდარტი (90%-ზე მეტი ალბათობა) არ უნდა იქცეს სამედიცინო პერსონალისთვის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობისგან თავის არიდების საშუალებად. ექიმმა საკუთარი შეცდომის პროპორციული მოცულობით უნდა აგოს პასუხი პაციენტის წინაშე. ექიმისთვის მხოლოდ ადმინისტრაციული ან დისციპლინური პასუხისმგებლობის დაკისრება არ წარმოადგენს დაზარალებული პაციენტის უფლებების რეალიზებასა და ლეგიტიმური ინტერესების რეალურ დაკმაყოფილებას.

ტრადიციული მიდგომისგან განსხვავებით, დაკარგული შანსის თეორია სწორედ პროპორციულობის პრინციპის გათვალისწინებით იძლევა დაზარალებულისთვის რეალურად მიყენებული ზიანის ანაზღაურების საშუალებას. დაკარგული შანსის თეორიის გამოყენების შემთხვევაში, ანაზღაურებას ექვემდებარება არა დამდგარი სრული ზიანი, არამედ ანაზღაურდება ზიანის აცილების დაკარგული შანსის პროპორციული ნაწილი. დაკარგული შანსის დოქტრინა ტრადიციული სისტემის დანამატია, რომელიც გამოიყენება სუბსიდიურად, როდესაც ტრადიციული მიდგომით არ დგინდება მიზეზობრივი კავშირის სათანადო სტანდარტი.

აღსანიშნავია ისიც, რომ დაკარგული შანსის თეორიის ქართულ სამართლებრივ სივრცეში იმპლემენტაცია არ გულისხმობს საკანონმდებ-

⁸¹ იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის 06 ნოემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე № ას-687-658-2016.

ლო ცვლილებების განხორციელების აუცილებლობას (თუმცა სასურველია სამოქალაქო კოდექსში დაემატოს UNIDROIT-ის პრინციპების 7.4.3 მუხლის მე-2 პუნქტის ანალოგიური ნორმა). ამ თეორიის იმპლემენტაციისთვის საჭიროა განხორციელდეს „შანსის“, როგორც სამართლებრივად დაცული სიკეთის, აღიარება, რომლის დაკარგვა განხილული უნდა იქნეს პირის-

თვის ზიანის მიყენებად. დაკარგული შანსის თეორიის ქართულ სამართლებრივ სისტემაში იმპლემენტაცია სასამართლოს გახდის პაციენტისთვის უფლებების ფაქტობრივი რეალიზაციის ხელმისაწვდომ საშუალებად. სასამართლო დაზარალებული პაციენტისთვის აღარ იქნება ევერესტი, რომლის წარმატებით დალაშქვრას მხოლოდ ერთეულები ახერხებენ.

ექიმის სახელშეკრულებო და დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძვლები და მტკიცების ტვირთი

ფიქრია ბაქრაძე

LL.M., თსუ-ის დოქტორანტი და მოწვეული ლექტორი, ადვოკატი, იურიდიული ფირმა ბიგვავა ბატიაშვილი

I. შესავალი

სამედიცინო სამართალი, როგორც სამართლის დამოუკიდებელი დარგი, საქართველოში ჯერ კიდევ განვითარების პროცესშია, რაც ართულებს პირისთვის სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების მიღებისას მიყენებული ზიანის ანაზღაურების შესახებ დავების გადაწყვეტის ერთგვაროვანი პრაქტიკის ჩამოყალიბებას. აღნიშნულის ნათელი მაგალითია სასამართლო პრაქტიკაში ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივ პასუხისმგებლობასთან დაკავშირებით არსებული, ჯერ კიდევ არაერთგვაროვანი მიდგომა. კერძოდ, სასამართლო პრაქტიკიდან ჯერ კიდევ არ იკვეთება ცალსახად, შებრუნდება თუ არა ბრალის მტკიცების ტვირთი ექიმის საწინააღმდეგოდ.¹ ამრიგად, ექიმმა, როგორც ზიანის მიმყენებელმა, უნდა ამტკიცოს თუ არა, რომ ზიანის დადგომაში მას ბრალი არ მიუძღვის; მდგომარეობას ართულებს, ერთი მხრივ, კლინიკისა თუ ექიმის მცდელობა, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებაში სტანდარტული პირობებით მაქსიმალურად შემცირდეს ან/და გამოირიცხოს მათი პასუხისმგებლობა, რასაც შედეგად მოჰყვება

სასამართლოს მიერ ამგვარი პირობების ბათილობა; მეორე მხრივ კი, სამედიცინო შემთხვევის დადგომისას პაციენტთა არასაკმარისი ინფორმირებულობა ექიმისა თუ კლინიკისგან ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნასთან დაკავშირებით, რაც იწვევს კიდევ დაუსაბუთებელი საჩუქრების მრავლად წარდგენასა და სასამართლო წესით უფლების დაცვის გაჭიანურებას.²

სამედიცინო სფეროს სპეციფიკის გათვალისწინებით, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო შემთხვევებიდან წარმოშობილ დავებზე მტკიცების ტვირთის განაწილების საკითხი. შესაბამისად, ნაშრომის მიზანია სამედიცინო დავებთან მიმართებით მტკიცების ტვირთის, როგორც სამოქალაქო პროცესის ერთ-ერთი ფუნდამენტური ინსტიტუტის, მახასიათებლების წარმოჩენა, რისთვისაც განიხილება სამედიცინო დავის დროს მტკიცების ტვირთთან მიმართებით არსებული დოქტრინა და სასამართლო პრაქტიკა. ამასთან, მნიშვნელოვანია ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხის განსაზღვრა მის მიერ ვალდებულების დარღვევისას და, ზოგადად, პაციენტის ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანის დადგომისას მისი პასუხისმგებლობის ფარგლების დადგენა,³ რათა გამოი-

¹ კვანტალიანი ნ./რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 1.

² იქვე, 2.; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 297.

³ კვანტალიანი ნ./რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 2.

კვეთოს ის ძირითადი კონტურები, რომლებიც შესაძლებელს გახდის კონკრეტული დავის შემთხვევაში ზიანის ანაზღაურების საკითხის გადაწყვეტას. ამიტომაც, აღნიშნულ ნაშრომში მტკიცების ტვირთის საკითხი უმეტესწილად სწორედ ექიმის სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობის ფარგლების კონტექსტში განიხილება, თუმცა ნაშრომში ყურადღება გამახვილდება ასევე ექიმის მიმართ დელიქტურ მოთხოვნებზე.

ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივ პასუხისმგებლობასთან დაკავშირებული გერმანული სასამართლო პრაქტიკა პაციენტს უადვილებს თავისი მოთხოვნების დაკმაყოფილებას, განსაკუთრებით, მტკიცების შემსუბუქების საშუალებით, მათ შორის, მტკიცების ტვირთის შებრუნებით. მაგ., უხეშ სამედიცინო შეცდომასთან, ჩაუტარებელ სამედიცინო გამოკვლევასთან ან სამედიცინო ჩანაწერის ნაკლთან დაკავშირებით.⁴ სწორედ ამიტომ, ნაშრომში შედარებით-სამართლებრივი კვლევის მეთოდის გამოყენებით სამედიცინო დავების შემთხვევებისთვის უმეტესწილად გერმანული საკანონმდებლო მოწესრიგება, ასევე არსებული გერმანული სასამართლო პრაქტიკა განიხილება ეროვნული კანონმდებლობის განმარტების მიზნით, რამაც, თავის მხრივ, შესაძლოა, ხელი შეუწყოს სასამართლო პრაქტიკის განვითარებას.

ამრიგად, ნაშრომის მეორე თავი ექიმის მიმართ პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სახელშეკრულებო მოთხოვნებს დაეთმობა და გააერთიანებს გერმანიის სამოქალაქო კოდექსში (შემდგომში გსკ) სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით მოწესრიგებულ ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა: მკურნალობის გამწევი პირის ვალდებულებები, სამედიცინო შეცდომის ტიპები და მტკიცების ტვირთის განაწილების განსაკუთრებული მოწესრიგება. ყურადღება გამახვილდება სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების ძირითად თავისებურებებზე მომსახურების გამწევი პირის

ვალდებულებებთან მიმართებით და, შესაბამისად, მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებისა თუ შებრუნების საკითხებზე. მომდევნო თავში კი განიხილება ექიმის დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძვლები, როგორებიცაა: მტკიცების ტვირთის შებრუნება და მოთხოვნის სამართლებრივი საფუძველი როგორც ქართული, ასევე გერმანული სამართლის მიხედვით და, აქედან გამომდინარე, მტკიცების ტვირთის განაწილების სპეციფიკა. ნაშრომი დასრულდება დასკვნით, რომელშიც შეჯამდება კვლევის შედეგი.

II. სახელშეკრულებო მოთხოვნები ექიმის მიმართ

პრაქტიკაში სამართლებრივი დავის გადაწყვეტისთვის ცენტრალური მნიშვნელობა მტკიცების საკითხს ენიჭება. მტკიცების ტვირთის განაწილება მნიშვნელობას იძენს იმდენად, რამდენადაც ის მხარეებს სტიმულს აძლევს, აქტიურად მოიძიონ და სასამართლოს წარუდგინონ იმ ფაქტების დამდგენი მტკიცებულებები, რომელთა მტკიცებაც მათ ეკისრებათ.⁵ სამედიცინო სფეროს სპეციფიკის გათვალისწინებით, ექიმის მიმართ სახელშეკრულებო მოთხოვნების წაყენებისას სწორედ მტკიცების ტვირთის სწორი განაწილება იძენს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას სამართლიანი და დასაბუთებული გადაწყვეტილების მიღებისთვის.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, უპირველესად, მნიშვნელოვანია ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ფარგლების დადგენა, კერძოდ, იმის გარკვევა, თუ რა შემთხვევებში არღვევს ექიმი შესასრულებელ ვალდებულებას და როდის უწევს ექიმს იმის მტკიცება, რომ პაციენტისთვის დამდგარ ზიანში მას ბრალი არ მიუძღვის ან იმის, რომ პაციენტს ზიანი ისედაც მიაღებოდა, მკურნალობის გამწევი პირს თავისი ვალდებულება ჯეროვნად რომ შეესრულებინა; ხოლო შემდგომ მნიშვნე-

⁴ Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfadens für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 5.

⁵ გაგუა ი., მტკიცების ტვირთი სამოქალაქო საპროცესო სამართალში, (ნაშრომი დოქტორის აკადემიური ხარის-

ხის მოსაპოვებლად), თბილისი, 2012, 72 და მომდევნო გვერდები (<http://www.supremecourt.ge/files/upload-file/pdf/mtkicebis-tvirti.pdf>).

ლოვანია, დადგინდეს, კონკრეტულად რა ქმედება/უმოქმედობა შეერაცხება სამედიცინო დაწესებულებას გადაცდომად და რა შემთხვევებში დგება მისი პასუხისმგებლობა.⁶

გერმანულ სამართალში სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობა გსკ-ის 280-ე, 276-ე პარაგრაფებით განისაზღვრება. ამიტომ, უპირველესად, გერმანულ სამართალში კოდიფიცირებული სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებიდან გამომდინარე, მკურნალობის გამწევი პირის ვალდებულებები განიხილება, რომელთა დარღვევაც შესაბამის სახელშეკრულებო სამართლებრივ პასუხისმგებლობას იწვევს. ამასთან, გსკ-ის 630h პარაგრაფი მოიცავს მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებას განსხვავების გარეშე ეკონომიკური თუ სხვა ნიშნით სუსტი ან ძლიერი მხარისთვის, როგორც პაციენტისთვის, ამრიგად, აღნიშნული მოწესრიგება თანაბრად იცავს როგორც მწირი სამედიცინო ცოდნის მქონე პაციენტს, ისე - ექიმს პაციენტის სტატუსით და ამრიგად, პერსონალური დაცვის მიზანი არ არის დაკავშირებული სოციალურ როლთან.⁷

1. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება

პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების გამწევ პირს შორის ვალდებულებითი ურთიერთობის წარმოშობის საფუძველი⁸ არის სამედიცინო დაწესებულებასთან ხელშეკრულების დადება. საქართველოს უზენაესმა სასამართლომ 2015 წლის 28 ივლისის საქმეზე კასატორსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის სამედიცინო მომსახურების გაწევის თაობაზე დადებული

ხელშეკრულება საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის (შემდგომში სსკ) 629-ე მუხლით მოწესრიგებულ ნარდობის ხელშეკრულებად მიიჩნია.⁹ ამგვარად, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება უზენაესმა სასამართლომ დააკვალიფიცირა ნარდობის ხელშეკრულებად, რომლის მიხედვითაც მენარდე ვალდებულებას კისრულობს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამუშაოს შეთანხმებული საზღაურის სანაცვლოდ შესრულებაზე. ამგვარი კვალიფიკაცია ცხადყოფს, რომ ქართულ რეალობაში ნარდობის ხელშეკრულების ფარგლებში ექიმი პაციენტის წინაშე კისრულობს ვალდებულებას, რომ მკურნალობა გამოიწვევს შესაბამის შედეგს - მის გამოჯანმრთელებას,¹⁰ რაც ცალსახად არასწორია, რადგანაც სამედიცინო სფეროსთვის დამახასიათებელი სპეციფიკის გათვალისწინებით, როგორცაა, მაგ. პაციენტის ორგანიზმის ინდივიდუალურობა, ავადმყოფობის პათოლოგია, ექიმს არ შეიძლება დაეკისროს იმაზე მეტი პასუხისმგებლობა, ვიდრე მას პროფესიული სტანდარტი ისედაც აკისრებს, კერძოდ, ჯეროვნად გასწიოს სამედიცინო მომსახურება დადგენილი დარგობრივი სტანდარტით, პაციენტის უცილობლად გამოჯანმრთელების შესახებ გარანტიის გაცემის გარეშე. აღნიშნულის საპირისპიროდ, სხვა საქმეებზე უზენაესმა სასამართლომ დაადგინა განსხვავებული მიდგომა და განმარტა, რომ ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება არ დადგება თუ ექიმმა მკურნალობა უარყოფითი შედეგის დადგომის მიუხედავად სწორად წარმართა, რაც, შესაბამისად, არ გამოიწვევს ექიმის პასუხისმგებლობას.¹¹ მართალია, სასამართლოს ამგვარი გან-

⁶ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(70)/2021, 86 და მომდევნო გვერდები.; კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 2.

⁷ Wagner; MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 1.

⁸ სვანაძე გ., წიგნში: ძლიერიშვილი ზ., ცერცვაძე გ., რობაქიძე ი., სვანაძე გ., ცერცვაძე ლ., ჯანაშია ლ., სახელშეკრულებო სამართალი, ჯუღელი გ. (რედ.), თბილისი, 2014, 86.

⁹ სუსგ № ას-539-512-2015., 28.07.2015.

¹⁰ კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 3.

¹¹ სუსგ № ას-38-2021, 18.06.2021., № ას-1800-2019, 20.02.2020, სტატიამი: კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 3.

მარტება წინააღმდეგობაშია მის ადრინდელ გადაწყვეტილებასთან, მაგრამ ნიშანდობლივია, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევა უზუნაესმა სასამართლომ არ დაუკავშირა კონკრეტულ შედეგს - პაციენტის გამოჯანმრთელებას. ამგვარად, სასამართლომ სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება არ ჩათვალა ნარდობის ხელშეკრულებად, რაც ამ ტიპის დავებზე მყარი სასამართლო პრაქტიკის ჩამოსაყალიბებლად მნიშვნელოვან ნაბიჯს წარმოადგენს.

2013 წელს გერმანიაში პაციენტთა უფლებების შესახებ კანონით ცვლილება შევიდა გერმანიის სამოქალაქო კოდექსში და 630a-h პარაგრაფებით მოწესრიგდა სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება, რითაც კანონმდებელმა მიზნად დაისახა სამართლებრივი უსაფრთხოებისა და გამჭვირვალობის გაუმჯობესება, პაციენტთა ინფორმირებულობა, ექიმის მიმართ პაციენტის უფლებების დაკონკრეტება. აღნიშნული ნორმები არსებითად სასამართლოს პრაქტიკისა და იურიდიული დოქტრინის მიერ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებით შემუშავებული ძირითადი პრინციპების ნაზავია.¹² თუმცა აღსანიშნავია, რომ ზემოაღნიშნული ნორმები მხოლოდ მკურნალობის გამწევი პირის ვალდებულებების კონტურებს მოიცავს და არ არის ამომწურავი.¹³ საქართველოში სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული საკითხები სხვადასხვა სამართლებრივი აქტით არის მოწესრიგებული, როგორებიცაა: ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი, პაციენტთა უფლებების შესახებ კანონი და ა.შ.,¹⁴ რომლებიც რელევანტურია სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობის განსაზღვრისას. შესაბამისად, ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება, ზოგადი წესების მიხედვით, განისაზღვრება იმ უფლებათა და მოვალეობათა დარღვევის გამო, რაც მხარეებმა ხელშეკრულებით თავადვე განსაზღვრეს.

განსხვავებით ქართული სასამართლო პრაქტიკისგან,¹⁵ გერმანულ სამართალში სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება ერთხმად აღიარებულია მომსახურების ხელშეკრულებათა ტიპის ხელშეკრულებად,¹⁶ რადგანაც მის საფუძველზე ექიმი იღებს ვალდებულებას, ჯეროვნად და საექიმო ოსტატობის წესების დაცვით უმკურნალოს პაციენტს კონკრეტული შედეგის მიღწევის შეპირების გარეშე.¹⁷ ზემოაღნიშნული ნათლადაა მითითებული გსკ-ის 630b პარაგრაფში. ნარდობის მომწესრიგებელი ნორმები მხედველობაში მიიღება მხოლოდ მაშინ, როცა მომსახურების გამწევის ძირითადი ვალდებულებაა გამიზნული შედეგის მიღწევა, მაგ., რენტგენისა თუ ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება, კბილის პროტეზის ტექნიკური დამზადება.¹⁸ უშუალოდ კბილის პროტეზის მორგების მიმართ კი გამოიყენება სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების ნორმები. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება შეიძლება ასევე წარმოადგენდეს შერეული ტიპის ხელშეკრულებას, მაგ., პაციენტისთვის კბილის ტექნიკოსის მიერ კბილის პროტეზის დამზადების ან

¹² *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, Vorb. Vor § 630a, Rn. 1.; *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., 2015, Rn. 612.

¹³ *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 101.; *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, § 630a, Rn. 14.

¹⁴ აღსანიშნავია, რომ საქართველოში სამედიცინო საქმიანობას მრავალი ნორმატიული სამართლებრივი აქტი აწესრიგებს. ჯანმრთელობის უფლების დაცვა, რომელიც წარმოადგენს ნათლად დეკლარირებულ ეროვნულ ინტერესს, საერთაშორისო აქტებთან შესაბამისობით დაცული იყოს ადამიანის ჯანმრთელობის უფლება, გარანტირებულია 18 ეროვნული კანონით. ამასთან დაკავშირებით დეტალურად იხ. *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის

უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 33 და მომდევნო გვერდები.

¹⁵ სუსგ № ას-539-512-2015., 28.07.2015.

¹⁶ *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., München, 2015, Rn. 613.

¹⁷ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, Vorb. V § 630a, Rn. 5.; *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., München, 2015, Rn. 613.; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 20.

¹⁸ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, Vorb. Vor § 630a, Rn. 5.; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 22, 24.

ორთოპედ-ტექნიკოსის მიერ ფეხის პროტეზის დამზადების მიმართ პასუხისმგებლობა განისაზღვრება ნარდობის ხელშეკრულებით, ხოლო, პროტეზის ჩასმის/მორგების მიმართ კი გამოიყენება სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების შესაბამისი ნორმები.¹⁹

მაშინ, როცა ნარდობის ხელშეკრულება თავისი არსით შედეგზე არის ორიენტირებული, პაციენტთან გაფორმებული სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით მომსახურების გამწევი პირი იღებს ვალდებულებას, სამედიცინო მომსახურება დადგენილი სტანდარტით განახორციელოს.²⁰ კოსმეტიკური ჩარევებზე, ან ე.წ. „ნასურვები მედიცინის“ შემთხვევებზე, როგორებიცაა, გენდერის დამადასტურებელი ოპერაცია, სტერილიზაცია, რეპროდუქციული ღონისძიებები, როგორც წესი, ვრცელდება სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების ნორმები.²¹

ამდენად, აუცილებელია პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების გამწევ პირს შორის წარმოშობილი ურთიერთობის სწორი კვალიფიკაციისთვის სამედიცინო ხელშეკრულების ტიპის დადგენა, რაც მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს კონკრეტულ დავაზე მოთხოვნის შესაბამისი საფუძვლის სწორად განსაზღვრას, იმისთვის, რომ უშუალოდ მკურნალობის გამწევ პირს პასუხისმგებლობა დაეკისროს პაციენტის ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენების შემთხვევაში, იქნება ეს გამომწვეული მკურნალობის არასწორი წარმართვის გამო თუ პაციენტისთვის არასასურველი შედეგის - ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენების - შემთხვევაში.

1.1. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების საგანი

სამედიცინო მომსახურების, როგორც მომსახურების ხელშეკრულების განსაკუთრებული ფორმის ხელშეკრულების საგანს ანაზღაურების სანაცვლოდ პაციენტის მკურნალობა წარმოადგენს, რაც მოიცავს მკურნალობასთან დაკავშირებული ისეთი პროცედურების ჩატარებას, როგორებიცაა: ანამნეზი, გამოკვლევა, დიაგნოზი, ზედამხედველობა თერაპიისა და პოსტთერაპიულ პერიოდში და ა.შ.,²² რაც ემსახურება, მათ შორის, ავადმყოფობის შეცნობას, ტკივილის შემცირებას ან გაყუჩებას.²³ მიუხედავად იმისა, რომ ექიმისგან მუდმივად გამოჯანმრთელების ან უკეთესად გახდომის მოლოდინი შეიძლება არსებობდეს, ექიმი ვალდებულია სამედიცინო მომსახურება გასწიოს სამედიცინო მეცნიერების წესების შესაბამისად.²⁴ სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებიდან გამომდინარე, მკურნალობის გამწევ პირს ეკისრება მთელი რიგი ვალდებულებები, რომლებიც ქვემოთ დეტალურად განიხილება.

1.2. მკურნალობის გამწევი პირის ვალდებულებები

1.2.1. სამედიცინო მომსახურების გაწევა

მკურნალობის გამწევი პირი, როგორც წესი, პირადად შესრულებაზე არის ვალდებული, თუ გასაწევი ვალდებულების ბირთვს პაციენტის სამედიცინო მომსახურება წარმოადგენს; სხვა ვალდებულებების შესრულების დელეგირება დამხმარე საექიმო პერსონალზე ან მომვლელ

¹⁹ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 23.; Weidenkaff, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, Vorb. Vor § 630a, Rn. 5.; Looschelders, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., München, 2015, Rn. 613.

²⁰ კვანტალიანი ნ./ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 3.

²¹ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 25.

²² Brox/Walker, Besonderes Schuldrecht, 38. Aufl., München, 2014, S. 295, Rn. 1.; კვანტალიანი ნ./ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 3, 5.

²³ Weidenkaff, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, Vorb. V § 630a, Rn. 2.; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 26.

²⁴ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 295.

პერსონალზე შესაძლებელია, თუმცა პაციენტი-სთვის სამედიცინო ჩარევამდე აუცილებელი ახსნა-განმარტების ვალდებულება ექიმმა პირადად უნდა შეასრულოს.²⁵ სამედიცინო დაწესებულება კი თავის ვალდებულებებს ე.წ. კვალიფიციური თანამშრომლების მეშვეობით ასრულებს.²⁶ პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლი სამედიცინო მომსახურების გამწევ პირს განმარტავს, როგორც პირს, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას. იმავე მუხლში სამედიცინო მომსახურება განმარტებულია, როგორც სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ პაციენტისათვის ჩატარებული ნებისმიერი მანიპულაცია და პროცედურა დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით.

გსკ-ის 630a I პარაგრაფიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება პაციენტსა და მკურნალობის გამწევ პირს შორის დადებულ ორმხრივ ვალდებულებითსამართლებრივ ხელშეკრულებას წარმოადგენს,²⁷ რომლის ძალითაც ის პირი, რომელიც პაციენტის სამედიცინო მომსახურებას დაეთანხმება (მკურნალობის გამწევი პირი), ვალდებულია გასწიოს შეპირებული სამედიცინო მომსახურება მეორე მხარის (პაციენტი) მიერ შეპირებული ანაზღაურების გადახდის სანაცვლოდ, თუ მესამე პირი არ არის ვალდებული გადახდაზე. აღსანიშნავია, რომ ეს მოწესრიგება ვრცელდება არა მხოლოდ იმ ხელშეკრულებების მიმართ, რომელთა მიხედვითაც მკურნალობს ექიმი, არამედ, სხვა პირებზეც, რომელთა პროფესია ემსახურება მკურნალობას, როგორებიცაა, ბებიას, ბაბუას,

მასაჟისტი, ფიზიოთერაპევტი, ლოგოპედი, დიეტოლოგი,²⁸ მაგრამ არა ფარმაცევტი, კბილის ტექნიკოსი, ოპტიკოსი, ორთოპედ-ტექნიკოსი.²⁹

შეფასებისას, გაწეულია თუ არა სამედიცინო მომსახურება ჯეროვნად, აღიარებული დარგობრივი სტანდარტის დაცვა ცენტრალურ როლს ასრულებს. გსკ-ის 630a I პარაგრაფიდან გამომდინარე, თუ ხელშეკრულებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული, როგორც დიაგნოზის დასმისას, ასევე შეთავაზებული მკურნალობის მეთოდის არჩევისას, მკურნალობის გამწევმა პირმა შეპირებული სამედიცინო მომსახურების გაწევისას უნდა იმოქმედოს სამედიცინო მომსახურების გაწევის დროს არსებული, ზოგადად აღიარებული დარგობრივი სტანდარტებით.³⁰ სტანდარტის დაცვა აუცილებელია არა მხოლოდ მაშინ, როცა, პირს ჩვეულებრივ გაეწევა სამედიცინო მომსახურება, როგორებიცაა: ანამნეზი, გამოკვლევა, დიაგნოზი, თერაპია, რეაბილიტაცია, არამედ სხვა დანარჩენი სამედიცინო მომსახურების გაწევისასაც, მაგ., თერაპიული ინფორმირება, ახსნა-განმარტება, დოკუმენტირება.³¹ მკურნალობის გამწევ პირს არსებული სტანდარტის დაცვას ავალდებულებს არა მხოლოდ ხელშეკრულება, არამედ დელიქტური სამართლის შესაბამისი ნორმებიც.³²

კანონმდებელი მხარეთა ნების ავტონომიას უქვემდებარებს დარგობრივი სტანდარტისგან გადახვევას. ზოგადად აღიარებული დარგობრივი სტანდარტი არ მოქმედებს, თუ მხარეები სხვა რამეზე, მათ შორის, ინოვაციური მეთოდის გამოყენებაზე შეთანხმდნენ.³³ თუმცა ინოვაციური მეთოდის გამოყენებისას არ არსებობს პროფესიული სტანდარტი, მაგრამ ექიმი ვალდებულია გამოიჩინოს წინდახედული მკურნალობის

²⁵ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, § 630a, Rn. 15.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630a Rn. 77.

²⁶ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630a Rn. 78.

²⁷ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, Vorb. V § 630a, Rn. 1.

²⁸ *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., München, 2015, Rn. 612.; *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, Vorb. V § 630a, Rn. 3.; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 30.

²⁹ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., München, 2018, Vorb. V § 630a, Rn. 3.; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 34, 35.

³⁰ *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., München, 2015, Rn. 615.

³¹ *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 103.

³² *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 298.; *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630a, Rn. 103.;

³³ *დეტალურად იხ. Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 332.

გამწევი პირის გულისხმიერება.³⁴ თუმცა ამგვარ შეთანხმებას კანონმდებელი ზღუდავს გსკ-ის 309-ე პარაგრაფით, რომლის მიხედვითაც პასუხისმგებლობის შეზღუდვა ან გამორიცხვა არ შეიძლება შეთანხმდეს, როცა საქმე ეხება განზრახ ან გაუფრთხილებელი ქმედებით სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენებას.³⁵

ამასთანავე, პაციენტს შეუძლია ხელშეკრულებით შეათანხმოს ან გამორიცხოს კონკრეტული საექიმო მომსახურების ვალდებულებები, მაგ., როცა პაციენტი სტაციონალური მომსახურების მიღებისას აფორმებს ე.წ. „შეთანხმებას ექიმის არჩევაზე.“³⁶ ეს შეთანხმება იმგვარად უნდა იქნეს ინტერპრეტირებული, რომ ოპერაცია, პლასტიკური ქირურგიული ჩარევა, სწორედ შეთანხმებით არჩეულმა კონკრეტულმა ექიმმა პირადად და საკუთარი ხელით უნდა განახორციელოს. თუ არჩეულმა ექიმმა არ ჩაატარა ოპერაცია, ის თავს ვერ იმართლებს იმ არგუმენტით, რომ სხვა ქირურგსაც შეეძლო აღნიშნული ოპერაციის წარმატებით ჩატარება და ჩარევა განსხვავებულ შედეგს არ აჩვენებდა. მაგ., თუ მხარეები შეთანხმდნენ, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ოპერაცია უნდა ჩაატაროს პროფესორმა, რომელიც თავისი ცოდნისა და გამოცდილების გათვალისწინებით ცნობილია იმით, რომ ოპერაციის წარმატებით ჩატარება და იარის გაკერვა იდეალურად გამოსდის, თუ მის ნაცვლად სხვამ ჩაატარა ოპერაცია, ხოლო ჭრილობის მოშუშებას მეტი დრო დასჭირდა და შესამჩნევად დარჩა ნაწიბური, იგულისხმება, რომ პაციენტს მიადგა ზიანი. ამგვარად, აღნიშნული შეთანხმების დარღვევა წარმოშობს ჯანმრთელობაზე მიყენებული ზიანის ანაზღაურების ვალდებულებას, თუ ოპერაცია რეალურად სხვა ექიმმა ჩაატარა.³⁷ აღნიშნული არ მოქმედებს მაშინ, თუ არჩეული ექიმი დაბრკოლდა, მაგრამ სამედიცინო თვალსაზრისით ჩარევა ვერ გადაიდებოდა და მხარეებს ხელშეკრულებით ჰქონ-

დათ შეთანხმებული არჩეული ექიმის წარმომადგენლობა.³⁸

როგორც აღინიშნა, ექიმმა პირადად უნდა გასწიოს შეპირებული სამედიცინო მომსახურება შესაბამისი ანაზღაურების სანაცვლოდ, რადროსაც ცენტრალური მნიშვნელობა აქვს აღიარებული დარგობრივი სტანდარტის დაცვას. თუმცა ეს არ გამორიცხავს მხარეთა შორის რაიმე სხვა, თუნდაც ინოვაციური მეთოდით მკურნალობაზე შეთანხმებას, თუკი ეს არ ეწინააღმდეგება კანონის იმპერატიულ დანაწესს. ამასთან, მხარეთა მიერ შეთანხმებული კონკრეტული ექიმის მიერ სამედიცინო მომსახურების გაწევის ვალდებულების დარღვევა იმგვარად, რომ სამედიცინო მომსახურებას სწევს სხვა ექიმი, წარმოშობს ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნას.

1.2.2. თანამშრომლობისა და ინფორმირების ვალდებულება

გსკ-ის 630c II პარაგრაფი პირდაპირ ითვალისწინებს ექიმის მიერ პაციენტის ინფორმირების ვალდებულებას მომსახურების გაწევისთვის აუცილებელი გარემოებების შესახებ, თუმცა ეს ჩამონათვალი არ არის ამომწურავი. მკურნალობის გამწევი პირს მოცემული დანაწესი მკურნალობის ყველა სტადიაზე ავალდებულებს პაციენტის ინფორმირებას, მათ შორის, დიაგნოზის, გამოჯანმრთელების პროცესის სავარაუდო განვითარების, თერაპიისა და თერაპიის შემდგომი პროცედურების მიწოდებასა და პაციენტისთვის გასაგები ტერმინოლოგიით განმარტებას. მაგ., პაციენტმა ზუსტად უნდა იცოდეს, როდის და რა დოზით უნდა მიიღოს წამალი, რამდენი ხანია რეკომენდირებული დასვენება ან სპორტით დაკავება, რა მოძრაობებს უნდა აარიდოს თავი და ა.შ.³⁹ მაშასადამე, პაციენტი აუცილებლად უნდა იყოს ინფორმირებული ყველა გარემოების შესახებ, იმისთვის, რომ მან

³⁴ *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., München, 2015, Rn. 615.

³⁵ *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., 2015, Rn. 615.

³⁶ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630a Rn. 79.

³⁷ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630a Rn. 79.

³⁸ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630a Rn. 79.

³⁹ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630c Rn. 2; *Bergmann, Wever*, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 68.

იცოდეს, როგორ იმოქმედოს სწორად თერაპიის მიმდინარეობისას მკურნალობის წარმატებით დასასრულებლად.⁴⁰ გსკ-ის 630c I პარაგრაფი პაციენტს, რომელსაც „შეპირებული სამედიცინო მომსახურების“ საფუძველზე სამედიცინო მომსახურება უნდა გაეწიოს,⁴¹ ავალდებულებს მკურნალობის გამწევთან თანამშრომლობას. ამ თანამშრომლობამ უნდა განაპირობოს მათი ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობის წარმოშობა და მისი განვითარება მკურნალობის ოპტიმალური შედეგის საერთო ძალეობით მისაღწევად.⁴² ამგვარად, მკურნალობის გამწევი პირის შესაბამისი ვალდებულებები დაკავშირებულია პაციენტის ფაკულტატურ ვალდებულებებთან.⁴³

გერმანულ ცივილურ სამართალში ნოვაციას წარმოადგენს ის, რომ ექიმს, რომელიც მკურნალობისას აღმოაჩენს ადრინდელი მკურნალობის ჩატარებისას სხვა ექიმის დაშვებულ შეცდომას, შეუძლია კოლეგას ამ შეცდომისთვის „ბრალი დასდოს“.⁴⁴ ეს საკითხი ნორმატიულად წესრიგდება გსკ-ის 630c II 2 პარაგრაფით, რომელიც ითვალისწინებს მკურნალობის გამწევი პირის ვალდებულებას, იმ შემთხვევისთვის, თუ მისთვის შეცნობადია გარემოებები, რომლებიც ასაბუთებს სხვა ექიმის მიერ სამედიცინო შეცდომის დაშვებას, აცნობოს აღნიშნულის შესახებ პაციენტს მისი შეკითხვის შემთხვევაში ან აცნობოს პაციენტს ჯანმრთელობისთვის საფრთხის თავიდან ასაცილებლად.⁴⁵ თუმცა შეცდომის გამჟღავნების ვალდებულების დარღვევა თეორიულად წარმოშობს ზიანის ანაზღაურებას ზოგადი საფუძვლებით (გსკ-ის 280-ე პარაგრაფი),⁴⁶ მაგრამ პრაქტიკული თვალსაზრისით, ამ ვალდებულების შესრულება მკურნალი ექი-

მისთვის იწვევს მხოლოდ პაციენტის კმაყოფილებას ან კოლეგის განაწყენებას, ხოლო სხვისი სამედიცინო შეცდომის დამალვა კი მკურნალ ექიმს ვერ მიაყენებს ზიანს, რადგანაც ამ დროს სამედიცინო შეცდომის შედეგები ვერ წარმოშობს მკურნალი ექიმის თანაპასუხისმგებლობას, თუმცა მკურნალი ექიმი ვალდებულია, პაციენტს მოუგვაროს სამედიცინო შეცდომით დამდგარი აქტუალური ჯანმრთელობის პრობლემები.⁴⁷ აქედან გამომდინარე, თუ ამ მოვალეობის დარღვევა პრაქტიკულად სანქციას არ ითვალისწინებს, სავარაუდოა, რომ ექიმებიც ნაკლებად მიაწოდებენ პაციენტებს ინფორმაციას ადრე დაშვებულ სამედიცინო შეცდომასთან დაკავშირებით. აღნიშნული კი გაურთულებს პაციენტს მტკიცების ტვირთს იმასთან დაკავშირებით, რომ მან ადრინდელი მკურნალობის დროს დაშვებული შეცდომის გამო მოითხოვოს ზიანის ანაზღაურება.

გამონაკლისის სახით გსკ-ის 630c IV პარაგრაფი ინფორმირების ვალდებულებას არ ითვალისწინებს განსაკუთრებული გარემოებების არსებობის დროს (მაგ., ჩვეულებრივ შემთხვევაში ნებისმიერმა პირმა იცის, რომ მოტეხილი ფეხით ფეხბურთი არ უნდა ითამაშოს)⁴⁸ და გამოყოფს ორ შემთხვევას: როცა სახეზეა გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევა (რაც მხოლოდ კონკრეტული დროის პერიოდს გულისხმობს) ან როცა პაციენტმა გარკვევით განაცხადა უარი ინფორმაციის მიღებაზე. გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევის არსებობა გადაწონის პაციენტის ინფორმირებულობას,⁴⁹ რადგან გადაუდებელ შემთხვევებში დროულ ჩარევას პაციენტისთვის უფრო დიდი სარგებელი მოაქვს, ვი-

⁴⁰ *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., München, 2015, Rn. 615a.; *კვანტალიანი ნ.,/რუსიაშვილი გ.*, ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 5.

⁴¹ *Brox/Walker*, Besonderes Schuldrecht, 38. Aufl., 2014, S. 295, Rn. 1.

⁴² *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 680.; *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., 2015, Rn. 618.; *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630c, Rn. 1.

⁴³ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630c, Rn. 1.

⁴⁴ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630c, Rn. 33.

⁴⁵ *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., 2015, Rn. 615a.

⁴⁶ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630c, Rn. 50.

⁴⁷ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630c, Rn. 35.

⁴⁸ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630c, Rn. 69.

⁴⁹ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630c, Rn. 13.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630c, Rn. 72 ff.

დრე სამედიცინო მომსახურების გადადება და ჯერ პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდება.

გერმანული სამართლის მოწესრიგებისგან განსხვავებით, რომელიც მკურნალობის გამწევ პირს პირდაპირ აკისრებს პაციენტის ინფორმირების ვალდებულებას, პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლი უთითებს, რომ პაციენტს უფლება აქვს, სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია. ამასთანავე, მნიშვნელოვანია დადგინდეს, როგორ უნდა განიმარტოს აღნიშნული დანაწესი: პაციენტის თხოვნის გარეშე მკურნალობის გამწევი პირი არ აწვდის პაციენტს ინფორმაციას თუ პაციენტის თხოვნის საფუძველზე კლინიკა არის ვალდებული გასცეს ინფორმაცია. ამავე მუხლით გათვალისწინებულია პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდების შეზღუდვა, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიწოდება პაციენტის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მიაყენებს, რაც ნათლად მიაჩნდება კანონმდებლის ჰუმანურ ჩანაფიქრზე. აქ უნდა იგულისხმებოდეს შემთხვევა, როცა პაციენტს, დიდი ალბათობით, სიცოცხლის მცირე პერიოდი დარჩა და ინფორმაციის მიწოდებით მისი მდგომარეობა შეიძლება დამძიმდეს ან ფატალური შედეგი დაჩქარდეს. მეორე მხრივ კი, საკითხავია, რამდენად შეესაბამება ინფორმაციის მიწოდებაზე უარი პირის კონსტიტუციურსამართლებრივად გარანტირებული პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლებას, კერძოდ, პაციენტი ფლობდეს მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ყველა ინფორმაციას და მასთან დაკავშირებული ყველა გადაწყვეტილება მიიღოს ერთპიროვნულად.

აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ქართული საკანონმდებლო მოწესრიგებიდან გამომდინარე, რაც პაციენტის ინფორმირებას მის უფლებად და არა ექიმის ვალდებულებად აღგენს, როგორც ეს გერმანულ სამართალშია განმტკიცებული, პაციენტს მხოლოდ კანონით გათვალისწინებული წესით შეიძლება შეეზღუდოს სრული ინფორმაციის მიღების უფლება. პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მიხედვით, ამ საკითხზე გადაწყვეტილებას იღებს სამედიცინო ეთიკის კომისია,⁵⁰ რომელიც იქმნება სამედიცინო პრაქტიკის ჰუმანიზაციის მიზნით, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებაში ამ უკანასკნელის არარსებობისას - სხვა ექიმი. შესაბამისად, კანონით პაციენტის ინფორმირების უფლების შეზღუდვის აუცილებლობა უნდა ამტკიცოს სამედიცინო მომსახურების გამწევმა პირმა და ასახოს სამედიცინო დოკუმენტაციაში.⁵¹

მაშასადამე, გერმანული მოწესრიგება ითვალისწინებს მკურნალობის გამწევი პირის ვალდებულებას პაციენტის ინფორმირებაზე, რომელიც ემსახურება პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღებას ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებით და ექიმს აკისრებს სამედიცინო მომსახურებისთვის აუცილებელი გარემოებების შესახებ პაციენტის ინფორმირების მტკიცების ტვირთს. ამასთან, გამოწვევის დასაშვებია ზუსტად გაწერილი განსაკუთრებული გარემოებების არსებობისას. გერმანული მოწესრიგებისგან განსხვავებით, ქართული საკანონმდებლობა უთითებს პაციენტის უფლებაზე, სამედიცინო მომსახურების გამწევისგან მიიღოს ინფორმაცია. გათვალისწინებულია აღნიშნული ინფორმაციის მიწოდების შეზღუდვა სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ, რაც

⁵⁰ რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 62-ე მუხლის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის უფლებებისა და სამედიცინო ეთიკის ნორმების დაცვის უზრუნველსაყოფად იქმნება. ამასვე განამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 2 ოქტომბრის N128/ნ ბრძანება სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ, რომლის თანახმადაც, „სამედიცინო ეთიკის კომისიის შექმნის მიზანია ქვეყანაში სამედიცინო პრაქტიკის ჰუმანიზაცია, პა-

ციენტის უფლებების, მათი ღირსებისა და პიროვნული ავტონომიის დაცვისათვის ხელშეწყობა სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის განათლების, სამედიცინო მომსახურების პროცესში წამოჭრილი პრობლემების ეთიკური ასპექტების წარმოჩენის, ანალიზის და სათანადო რეკომენდაციების მომზადების გზით.“

⁵¹ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 79.

უნდა უკავშირდებოდეს სამედიცინო პრაქტიკის ჰუმანიზაციის მიზანს.

1.2.3. პაციენტის თანხმობა

გსკ-ის 630d I 1 პარაგრაფი ადგენს პაციენტის თანხმობის გამოთხოვის ვალდებულებას. როგორც წესი, ყოველი სამედიცინო ღონისძიება გავლენას ახდენს პაციენტის სიცოცხლეზე, ჯანმრთელობასა და მის სხეულზე. შესაბამისად, საექიმო ჩარევისა და განკურნების საჭიროების ძირითად წინაპირობას პაციენტის თანხმობა წარმოადგენს.⁵² ამგვარად, აღნიშნული მოწესრიგების მიზანია პაციენტის კონსტიტუციურად გარანტირებული თვითგამორკვევის უფლების დაცვა.⁵³

კანონმდებელმა, მანამდე დელიქტურ სამართალში გათვალისწინებული სამედიცინო ღონისძიებამდე, პაციენტის თანხმობის გამოთხოვა გარკვევით დაადგინა სახელშეკრულებო ვალდებულებად, დელიქტურსამართლებრივი გაგებისგან მისი გათავისუფლების მიზნით (დელიქტურსამართლებრივად საექიმო სამედიცინო ჩარევა წარმოადგენს სხეულებრივი მთლიანობის დარღვევას ან/და ჯანმრთელობის დაზიანებას გსკ-ის 823 I პარაგრაფის გაგებით და მართლსაწინააღმდეგო არ არის იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ამაზე თანხმობა აქვს გაცხადებული, მაშასადამე, პაციენტის თანხმობა მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველ გარემოებას წარმოადგენს), რომლის შეუსრულებლობის შემთხვევაში ექიმი პასუხს აგებს სახელშეკრულებო ვალდებულების დარღვევის გამო გსკ-ის 280 I პარაგრაფიდან გამომდინარე.⁵⁴ პაციენტის მიერ თანხმობის ნებისმიერ დროს გამოხმობის უფლება გარანტირებულია 630d III პარაგრაფით. ყურადღება უნდა გამახვილდეს ისეთ შემთხვევაზე, როცა პაციენტი ექიმისთვის არახელ-

საყრელ დროს და უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების დაგეგმილ ვიზიტამდე აცხადებს უარს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, ამ დროს იგი ვალდებულია ექიმს აუნაზღაუროს აქედან წარმოშობილი ზიანი გსკ-ის 280, 241 II პარაგრაფების მიხედვით.⁵⁵

პაციენტის თანხმობის აუცილებლობის თვალსაზრისით, საინტერესოა ქართული სასამართლოს გადაწყვეტილება, რომლის მიხედვითაც ექიმს ეკისრება ვალდებულება, ყველა შემთხვევაში გააფრთხილოს პაციენტი მკურნალობასთან დაკავშირებული სავარაუდო რისკების თაობაზე და ამ ვალდებულების შეუსრულებლობა კვალიფიცირდება, როგორც სამედიცინო დაუდევრობა.⁵⁶ ოპერაციამდე რამდენიმე საათით ადრე პაციენტმა ხელი მოაწერა „თანხმობის“ დოკუმენტს, რომელიც შეიცავდა ზოგად მითითებას გართულების და არა ქირურგიული ჩარევის მაღალი ალბათობის შესახებ. მიუხედავად ამისა, ოპერაციის მსვლელობისას საჭირო გახდა ქირურგიული ჩარევა. სასამართლომ განმარტა, რომ „პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა არ განიხილება, როგორც უბრალო ნების გამოვლენა, არამედ როგორც პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის შესაძლებლობას, გააკეთოს ნებაყოფლობითი და გაცნობიერებული არჩევანი დაგეგმილი სამედიცინო ჩარევის თაობაზე. ამავდროულად, ინფორმაციისა და განმარტების ვალდებულების სრულფასოვანი შესრულების მტკიცების ტვირთი ეკისრება კლინიკას. სწორედ მის ხელთ არის ბერკეტი იმისა, რომ შექმნას სარწმუნო მტკიცებულებები ინფორმირების ვალდებულების შესრულების დასადასტურებლად. ზედაპირული და ზოგადი ხასიათის ინფორმაციის ფორმულირებით, კლინიკამ მაინც ვერ უზრუნველყო მოსარჩელის უფლება სამედიცინო ცნობებზე, რადგან დოკუმენტის შედგენის მოტივი, მი-

⁵² Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 67.

⁵³ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630d, Rn. 3.; Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630d, Rn. 4.; Weidenkaff, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630d, Rn. 1.

⁵⁴ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630d, Rn. 1, 55.; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630d, Rn. 2.

⁵⁵ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630a Rn. 52.

⁵⁶ თბილისის საქალაქო სასამართლოს 2018 წლის 12 მარტის #213-14 გადაწყვეტილება, *დეტალურად იხ. სტატიის გელაშვილი, ი.*, სამედიცინო სამართლის პრინციპები, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(70) 21, თბილისი, 2021, 44 და მომდევნო გვერდები.

სი შინაარსისა და სტანდარტული გამოყენების გათვალისწინებით, განპირობებული იყო საკანონმდებლო მოთხოვნების ფორმალური დაცვით და არა ლეგიტიმური მიზნებით, რომლებსაც ისახავს პაციენტის უფლება.⁵⁷ ამასთანავე, სასამართლომ ყურადღება გაამახვილა რამდენიმე საათით ადრე ე.წ. თანხმობის დოკუმენტის ხელმოწერაზე, „... მაშინ, როდესაც პაციენტი ფაქტობრივად იმყოფებოდა წინასაოპერაციო რეჟიმში, ამ მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი ფსიქო-ემოციური ფაქტორების გავლენა ფიზიკურად ართულებდა მის შესაძლებლობას, გაეანალიზებინა „თანხმობაში“ ჩამოთვლილი შესაძლო რისკების შინაარსი და მათი ადეკვატური შეფასების შედეგად მიეღო გაცნობიერებული გადაწყვეტილება.“⁵⁸

ამასთან, სასამართლომ არ გაიზიარა მოპასუხე კლინიკის არგუმენტი სამედიცინო აუცილებლობის პირობებში მოქმედებასთან დაკავშირებით და მიუთითა: „... ექსპერტთა დასკვნით, კატარაქტის დროს ტლანქი შემდგრევები უკანა კაფსულაზე ხშირია და ამგვარი შემთხვევის არსებობის ვარაუდი, ალბათობის მაღალი

ხარისხით, განჭვრეტადი უნდა ყოფილიყო ოფთალმოლოგიის მიმართულებით მოღვაწე ზოგადი უნარების მატარებელი ექიმისთვის“.⁵⁹ მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ გადაწყვეტილებაში ნათლად არის მითითებული პაციენტის თანხმობის აუცილებლობის თვალსაზრისით ექიმის ვალდებულებაზე, ყველა შემთხვევაში გააფრთხილოს პაციენტი მკურნალობასთან დაკავშირებულ სავარაუდო რისკებზე და ამ ვალდებულების შეუსრულებლობას სასამართლო აკვალიფიცირებს როგორც სამედიცინო დაუდევრობას, მტკიცების ტვირთს ინფორმაციისა და განმარტების ვალდებულების სრულფასოვან შესრულებაზე აკისრებს კლინიკას. მაშინ, როცა გერმანული მოწესრიგება ინფორმირების ვალდებულების დარღვევას თვლის ექიმის პირდაპირ გათვალისწინებული მოვალეობის შეუსრულებლობად და აყენებს მის სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობის საკითხს.

ამგვარად, სამედიცინო ჩარევის წინაპირობა პაციენტის თანხმობაა, რაც ემსახურება პაციენტის სხეულებრივი მთლიანობის⁶⁰ დაცვის საშუალებით თვითგამორკვევის კონსტიტუციურად

⁵⁷ თბილისის საქალაქო სასამართლოს 2018 წლის 12 მარტის #213-14 გადაწყვეტილება. დეტალურად იხ. გელაშვილი, ი., სამედიცინო სამართლის პრინციპები, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(70)'21, თბილისი, 2021, 44 და მომდევნო გვერდები.

⁵⁸ თბილისის საქალაქო სასამართლოს 2018 წლის 12 მარტის #213-14 გადაწყვეტილება. დეტალურად იხ. გელაშვილი, ი., სამედიცინო სამართლის პრინციპები, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(70)'21, თბილისი, 2021, 44 და მომდევნო გვერდები.

⁵⁹ თბილისის საქალაქო სასამართლოს 2018 წლის 12 მარტის #213-14 გადაწყვეტილება, რომელიც ზემდგომმა ინსტანციებმაც ძალაში დატოვეს და ეხებოდა პაციენტის თანდაყოლილ კატარაქტის ოპერაციას. მხარეთა შორის გაფორმდა სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება, რომლის საგანსაც წარმოადგენდა კატარაქტას ფაკოემულსიფიკაცია ხელოვნური იმპლანტაციით - ქირურგიული ჩარევის გარეშე, კერძოდ თვალის უკანა საგანში ხელოვნური ბროლის ჩასმა. ოპერაციის მსვლელობისას აღმოჩნდა რომ ბროლის უკანა კაფსულაზე პაციენტს აღენიშნებოდა ტლანქი შემდგრევა, რისი მოცილებაც საჭირო გახდა ქირურგიული ჩარევით, რაც განხორციელდა კიდევ გართულების გარეშე, თუმცა ხელშეკრულებით გათვალისწინებული უკანა საკნის ბროლის ნაცვლად, გამოყენებული იქნა წინა საკნის ბროლი და თვალის რქოვანაზე საჭირო გახდა ორი ნაკერის დადება,

რაც პაციენტმა მიიჩნია მისი თანხმობის გარეშე განხორციელებულ ქირურგიულ ჩარევად და მოითხოვა მატერიალური ზიანის სახით 18 000 აშშ დოლარის ეკვივალენტი ლარში, ხოლო მორალური ზიანისთვის 5 000 ლარის გადახდა. მოცემულ შემთხვევაში პასუხი უნდა გასცემოდა ორ მნიშვნელოვან საკითხს: რამდენად უზრუნველყო სამედიცინო დაწესებულებამ პაციენტის ხელმისაწვდომობა შინაარსობრივად სრულყოფილ და აღქმად ინფორმაციაზე, ხოლო, მეორე მხრივ, იყო თუ არა დაგეგმილი მკურნალობის შეცვლა გამოწვეული სამედიცინო აუცილებლობით, რომელიც გამორიცხავდა ოპერაციამდე პაციენტის ინფორმირებას. სასამართლომ მიიჩნია, რომ სამედიცინო პერსონალმა იმოქმედა პატერნალისტიკური მიდგომით, რადგან არ უზრუნველყო პაციენტის ინფორმირებული არჩევანის შესაძლებლობა და ფაქტობრივად იძულებული გახდა ფორმალური თანხმობის გაცემაზე. სასამართლომ მიიჩნია, რომ ინფორმაციის მიღებაზე უფლების დარღვევით ხელყოფილ იქნა პაციენტის თვითგამორკვევის უფლება და სამედიცინო დაწესებულებას დააკისრა მორალური ზიანის ანაზღაურება; ხოლო მატერიალური ზიანის ანაზღაურებაზე უარი განაცხადა, რადგანაც ექსპერტის დასკვნები ადასტურებდა მკურნალობის ადეკვატურობასა და მოქმედ სამედიცინო სტანდარტებთან შესაბამისობას.

⁶⁰ Weidenkaff, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630d, Rn. 1.

გარანტირებული უფლების დაცვას, რადგანაც ინფორმირებულ პაციენტს უკეთ შეუძლია გადაწყვიტოს კონკრეტული სამედიცინო ჩარევის მიმდებლობა. ამ ვალდებულების შეუსრულებლობა კი იწვევს სახელშეკრულებო ზიანის ანაზღაურების ვალდებულებას. ამასთან, მკურნალობის გამწვევი პირი ატარებს ინფორმირების ვალდებულების შესრულების მტკიცების ტვირთს, რაც მტკიცების ტვირთის განსაკუთრებული მოწესრიგების ქვეთავში დეტალურად განიხილება.

1.2.4. ახსნა-განმარტების ვალდებულება

გსკ-ის 630e I პარაგრაფი ითვალისწინებს ექიმის ვალდებულებას, პაციენტს აუხსნას ყველა ის არსებითი გარემოება, რომელიც ამ უკანასკნელის თანხმობის მისაღებად არის საჭირო, რაც გულისხმობს იმას, რომ ეს პარაგრაფი თანხმობის შესახებ არსებულ მოწესრიგებასთან ერთობლიობაში უნდა განიმარტოს. ახსნა-განმარტების გაცემა ემსახურება პაციენტისთვის შესაძლებლობის მიცემას, თავად გადაწყვიტოს, სურს თუ არა რაიმე სამედიცინო პროცედურის ჩატარება, ასევე, რისკების ცოდნის გავალისწინებით მიიღოს გადაწყვეტილება თანხმობის გაცემაზე.⁶¹ ამრიგად, ახსნა-განმარტების ინტენსივობა მჭიდროდაა დაკავშირებული კონკრეტულ შემთხვევასთან, ერთი მხრივ, პაციენტის ნება-სურვილთან, პაციენტის ობიექტურ მოლოდინთან კონკრეტული სიტუაციიდან გამომდინარე, ისევე, როგორც ზოგად საჭიროებასთან, განსაკუთრებით, ჩარევის საგნობრივ და დროულ აუცილებლობასთან.⁶² აღნიშნული პარაგრაფი შეიცავს მითითებას ახსნა-განმარტების ჩამონათვალზე, რომელიც არ არის ამომწურავი და ემსახურება არა პაციენტისთვის სამედიცინო ცოდნის მიცემას, არამედ მიმართულია იმისკენ, რომ პაციენტს, მისთვის გასაგებ

ენაზე განემარტოს მისი აქტუალური მდგომარეობიდან გამომდინარე ჩარევის მნიშვნელობა, ჩარევის სიმძიმე და ჩარევის ზეგავლენა მის ჯანმრთელობაზე. როგორც აღინიშნა, ახსნა-განმარტების მიზანია, რომ პაციენტისთვის შესაძლებელი იყოს თავად მიიღოს გადაწყვეტილება სამედიცინო ჩარევაზე; მცდარი ახსნა-განმარტების მიცემის ან ახსნა-განმარტების არგაწევის შემთხვევაში, სამედიცინო ჩარევისთვის აუცილებელი პაციენტის თანხმობა ბათილია და ამგვარი სამედიცინო ჩარევა წარმოადგენს სხეულის მართლსაწინააღმდეგო დაზიანებას, რაც შესაბამის პასუხისმგებლობას იწვევს.⁶³

გსკ-ის 630e II პარაგრაფი ადგენს ახსნა-განმარტების გაცემას შესაბამისი თეორიული განათლების და არა ჩარევისთვის საჭირო პრაქტიკული გამოცდილების მქონე ექიმის ან პირის მიერ,⁶⁴ რომელთაც პაციენტს პირადად და ისეთ ვადებში უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია, რომ მან შეძლოს დაფიქრება და გადაწყვეტილების მიღება ჩარევის დაშვებაზე თუ მასზე უარის თქმის შესახებ. ეს უკანასკნელი დამოკიდებულია ჩარევის ხარისხზე, მაგ., პაციენტისთვის ამბულატორიული, დაბალი რისკის შემცველი რუტინული ჩარევისას საკმარისია პაციენტის ინფორმირება ჩარევის დღეს, უშუალოდ ჩარევის განხორციელებამდე; როცა ოპერაცია საჭიროებს სტაციონარულ განთავსებას, ახსნა-განმარტების მიცემა წინა დღესაც საკმარისია, თუმცა, წინა დღით ან რამდენიმე დღით ადრე ახსნა-განმარტების მიცემა დაგვიანებულია შედარებით რთული სამედიცინო ჩარევის შემთხვევაში, რომლის რისკებზე, სარგებელზე ექიმმა წინასწარ უნდა გასცეს საჭირო ახსნა-განმარტება.⁶⁵ ზოგადად, კონკრეტული დრო, როდის არ იქნება ახსნა-განმარტება დაგვიანებული, უნდა შეფასდეს ცალკეული შემთხვევიდან გამომდინარე, მაგრამ რთული ჩარევის შემთხვევაში ახსნა-განმარტება უკვე ექიმის მიერ ჩარევის აუცილებ-

⁶¹ *Bergmann, Wever*, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 68.

⁶² *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630e, Rn. 2.

⁶³ *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630e, Rn. 11.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630e, Rn. 54.; *Looschelders*, Schuldrecht Besonderer Teil, 10. Aufl., 2015, Rn. 615b.

⁶⁴ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630e, Rn. 41.; *Bergmann, Wever*, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 69.

⁶⁵ *დეტალურად იხ. Bergmann, Wever*, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 74.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630e, Rn. 44.;

ლობის განსაზღვრის მომენტში უნდა გაიცეს. ამ შემთხვევაში, პაციენტს ექნება საკმარისი დრო შესაბამისი გადაწყვეტილების მისაღებად.

გსკ-ის 630e III პარაგრაფის მოწესრიგება შესაბამეა გსკ-ის 630c IV პარაგრაფს, რომელიც, გამონაკლისის სახით, ითვალისწინებს განსაკუთრებული გარემოებების არსებობისას ახსნა-განმარტების გაწევისა და ინფორმირების არააუცილებლობას. ახსნა-განმარტების საჭიროებისა და შინაარსის განსაზღვრა ექიმის შეხედულებაზე კი არ არის დამოკიდებული, არამედ გამომდინარეობს ობიექტური კრიტერიუმებიდან და პაციენტის მოლოდინებიდან, მაშასადამე, განმსაზღვრელია კონკრეტული პაციენტის, როგორც ობიექტური მიმდებარის თვალსაწიერი.⁶⁶

განსაკუთრებული გარემოებების გამო პაციენტისთვის ახსნა-განმარტების არგაწევა ჰუმანურობის პრინციპს ეფუძნება, მაგ., მაშინ, როცა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება უნდა ჩატარდეს - უპირატესია პაციენტის დახმარების აუცილებლობა და მისი დაცვა ახსნა-განმარტების არგაწევის გზით.⁶⁷ მაგ., ნებადართულია პაციენტს არ განემარტოს, რომ მისი მკურნალობა ხორციელდება პლაცებოს გამოყენებით (რომელიც, თავის მხრივ, მცირე დოზით არის დასაშვები და წინდაწინვე გამორიცხულია პაციენტს რაიმე სახის ზიანი მიაღდეს), რადგანაც სხვაგვარად არ მიიღწევა დამაიმედებელი ე.წ. პლაცებოს ეფექტი.⁶⁸

ამგვარად, პაციენტისთვის სრულყოფილი ახსნა-განმარტების მიცემა დადგენილი წესია, ხოლო მისი შეზღუდვა მხოლოდ განსაკუთრებულად დასასაბუთებელი გამონაკლისია. შესაბამისად, როგორც წესი, ახსნა-განმარტების მიცემა შემდეგი საფუძვლებით იზღუდება: ფსიქიკური დატვირთვა, რისკის ამაღლება ახსნა-განმარტების გამო, საფრთხის შექმნა მესამე პირთათვის, გადაუდებელი ღონისძიების ჩატარებაზე უარის თქმა. მაგ., როცა სამედიცინო მეცნიერების აქტუალური მდგომარეობით რომელიმე კონკრეტული ოპერაციისას სიკვდილიანო-

ბის მაჩვენებელი გაურკვევლად მერყეობს 1%-სა და 15%-ს შორის, არ არის აუცილებელი ექიმმა პაციენტს ამ ციფრებზე მიუთითოს, საკმარისია, თუ ექიმი შესაძლო და სიცოცხლისთვის საშიშ გართულებებზე ისაუბრებს მასთან და ამგვარად აიცილებს პაციენტის ფსიქიკურ დატვირთვას; როცა დაგეგმილია განსაკუთრებით უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ან ემოციურად არამდგრადი პაციენტის ფარისებრი ჯირკვლის ოპერაცია და გამოკვლევის მიზნით ზუსტი ვიზუალიზაციისთვის აუცილებელია კონტრასტული რენტგენის გამოყენება, ექიმი უფლებამოსილია მას არ მიუთითოს, რომ აღნიშნულმა კვლევამ შესაძლოა უმცირესი ალბათობით გამოიწვიოს ფატალური შედეგი, ამგვარი ქცევა მართლაც არ გაზრდის უარყოფითი შედეგის დადგომის რისკს; განსაკუთრებულად ემოციურად არამდგრად პაციენტზე უმნიშვნელო გვერდით მოვლენაზე მითითებამ შესაძლოა ისეთი ზეგავლენა მოახდინოს, რომ მან გადაუდებლად საჭირო სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე მისსავე საზიანოდ უარი თქვას. ამგვარად, ფსიქოლოგიური ასპექტის გათვალისწინებით, რეკომენდებულია, პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, ექიმმა პაციენტის ახსნა-განმარტება შეზღუდოს ან ის საერთოდ არ გასცეს.⁶⁹

ამდენად, პაციენტისთვის ახსნა-განმარტების მიცემა ექიმის მნიშვნელოვანი ვალდებულებაა და მისი ვალდებულების დარღვევისას ის ატარებს მტკიცების ტვირთს იმასთან დაკავშირებით, რომ სახეზე იყო როგორც ჯეროვანი ახსნა-განმარტება, ისე პაციენტის თანხმობა.⁷⁰ ეს საკითხი შესაბამის ქვეთავში მტკიცების ტვირთის სპეციალური მოწესრიგების თვალსაზრისით დეტალურად განიხილება.

1.2.5. სამედიცინო მომსახურების დოკუმენტირება

გსკ-ის 630 f პარაგრაფი ითვალისწინებს მკურნალობის გამწევი პირის სახელშეკრულებო ვალდებულებას დოკუმენტირების მიზნით უშუ-

⁶⁶ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 455.

⁶⁷ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 502.

⁶⁸ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630e, Rn. 69.

⁶⁹ დეტალურად იხ. Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 504 ff.

⁷⁰ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630e, Rn. 80.

ალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევის დროს პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაზე. აღნიშნული ვალდებულების დარღვევისას - როცა ექიმმა არსებითი ღონისძიება ან მისი შედეგი არ ასახა პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში, გსკ-ის 630h III პარაგრაფი ითვალისწინებს მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებას პაციენტის სასარგებლოდ. ამასთან, აღნიშნული ნორმა ითვალისწინებს სამედიცინო ჩანაწერებში შესწორებებისა და ცვლილებების შეტანის შესაძლებლობას მხოლოდ მაშინ, როცა თავდაპირველ შინაარსთან ერთად შესაძლებელია იმის გაგება, თუ როდის მოხდა მათი განხორციელება.⁷¹

გსკ-ის 630f III პარაგრაფში გათვალისწინებულია სამედიცინო ჩანაწერების 10 წლის ვადით შენახვა, თუმცა, ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ პაციენტის მოთხოვნები სამოქალაქო სამართლებრივ პასუხისმგებლობასთან დაკავშირებით საავადმყოფოს ან ექიმის მიმართ გარემოებების გათვალისწინებით ექვემდებარება ხანდაზმულობის 30-წლიან ვადას და სასურველია, ავადმყოფობისა თუ გამოკვლევების, მაგ., რენტგენის დოკუმენტების 30 წლის განმავლობაში შენახვა.⁷²

ამგვარად, დოკუმენტირების ვალდებულების შესრულება კი არ არის მიმართული საპროცესო დაცვის მიზნისკენ, არამედ ემსახურება პაციენტის ინტერესებს: თავიდან იყოს აცილებული განმეორებითი კვლევები, რაც, თავის მხრივ, ფინანსური რესურსის დაზოგვას უზრუნველყოფს, ასევე, დოკუმენტირების ვალდებულების დაცვა მკურნალ ექიმს გაუადვილებს პაციენტის მდგომარეობის შესწავლას და მასზე დაკისრებული სამედიცინო მომსახურების გაწევის ჯეროვნად განხორციელებას.

2. მტკიცების ტვირთის გადანაწილება სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებაში

გსკ-ის 630h პარაგრაფით მტკიცების ტვირთის საკითხი წესრიგდება. ეს ნორმა შეიცავს პრაქტიკის მიერ განვითარებულ სახელშეკრულებო სამართლისთვის კანონით მოწესრიგებულ მტკიცების ტვირთთან დაკავშირებულ განსაკუთრებულ წესებს და მიზნად ისახავს პრინციპების სისტემურ თავმოყრას ერთ ნორმაში, რომელიც გამოიყენება ყველა სამედიცინო ხელშეკრულების მიმართ; ამასთანავე, აღნიშნული ნორმა ეფუძნება ზოგადი პასუხისმგებლობის ნორმას (გსკ-ის 280 I პარაგრაფი) და აწესრიგებს მისგან განსხვავებულ გსკ-ის 630a და მომდევნო პარაგრაფების გამოყენების სფეროში არსებულ თავისებურებებს მტკიცების ტვირთის განაწილების თვალსაზრისით.⁷³

ამ მუხლის ფუნქცია გამოიხატება, ერთი მხრივ, პაციენტისთვის, როგორც „სუსტი“ მხარისთვის, მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებაში, მეორე მხრივ კი, იმაში, რომ გაუწიოს ანგარიში პაციენტსა და მკურნალობის გამწევ პირს შორის არსებულ ინფორმაციულ ასიმეტრიას, რითაც აიხსნება სწორედ 630h II პარაგრაფით გათვალისწინებული პაციენტის თანხმობის მოსაპოვებლად და ახსნა-განმარტების მისაცემად დადგენილი მტკიცების ტვირთის შებრუნება პაციენტის სასიკეთოდ.⁷⁴

გსკ-ის 630h III პარაგრაფით გათვალისწინებულია, რომ დოკუმენტირებას დაქვემდებარებული ღონისძიებების ჩაწერის არარსებობა ქმნის ვარაუდს, რომ ეს ღონისძიებები არც განხორციელებულა, ხოლო გსკ-ის 630h IV პარაგრაფი ადგენს მკურნალობის გამწევი პირის ნაკლოვანი კვალიფიკაციისას ვარაუდს მის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურებისთვის, რომ არასაკმარისი კვალიფიკაცია ჯანმრთელობის დაზიანების დადგომის გამომწვევი იყო.⁷⁵ რაც შეეხება პრაქტიკული მნიშვნელობის მქონე მტკიცების ტვირთის შებრუნებას სამედიცინო მომსახურების უხეში შეცდომისას, ის არ შეიძლება იყოს ინფორმაციული ასიმეტრიის დაძლევის ინსტრუმენტი, რადგანაც მომსახურების გამწევ

⁷¹ Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 151.

⁷² Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 153.

⁷³ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 1.

⁷⁴ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 1, 2.; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 2.

⁷⁵ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 2.

პირს ზუსტად ისეთივე მცირე დოზით შეუძლია მცდარი ქმედების კაუზალობა ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანისთვის გამორიცხოს, როგორც პაციენტს შეუძლია მიზეზობრიობა ამტკიცოს; ამგვარად, გსკ-ის 630h V პარაგრაფის ამ კონკრეტულ დანაწესს მტკიცებულების წარმოდგენის ტვირთი უკეთ ინფორმირებულ პაციენტზე კი არ გადააქვს, არამედ გსკ-ის 630h V 1 პარაგრაფით ფუძნდება მიზეზობრიობის ვარაუდი.⁷⁶ აღნიშნულ საკითხებს ქვემოთ დაეთმობა ცალკეული ქვეთავები.

2.1. მტკიცების ტვირთის განაწილების პრინციპები გსკ-ის 280 I პარაგრაფის მიხედვით

მტკიცების ტვირთის განაწილების ზოგადი პრინციპი, რომლის მიხედვითაც ნორმის წინაპირობები იმ მხარემ უნდა დაამტკიცოს, რომელთაგანაც მისთვის ხელსაყრელ სამართლებრივ შედეგებს აწარმოებს, მოქმედებს ასევე ზოგადად სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების ნაკლიანი შესრულების გამო პასუხისმგებლობისთვის და ექიმის პასუხისმგებლობისთვის.⁷⁷ ამგვარად, დაზარალებული ატარებს ვალდებულების დარღვევის, ზიანის, დამდგარი ზიანის გამომწვევი მართლსაწინააღმდეგო ქმედების მიზეზობრიობის მტკიცების ტვირთს (ეს მოქმედებს არამხოლოდ გსკ-ის 823 I პარაგრაფის მიხედვით დელიქტური ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნებზე, არამედ სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობაზეც). დაზარალებულმა პაციენტმა უნდა ამტკიცოს მომსახურების ხელშეკრულების წარმოშობაც.⁷⁸ ამიტომაც, საექიმო სამედიცინო შეცდომისთვის პასუხისმგებლობის წარმოშობი მიზეზობრიობის მტკიცების ტვირთს სწევს დაზარალებული, მან უნდა ამტკიცოს, რომ მის ჯანმრთელობას ზიანი არ მიაღებოდა, სამედიცინო მომსახურება გულმოდგინედ რომ გაწეულიყო.⁷⁹ მიზეზობრივი კა-

ვშირის დადგენის წინაპირობა ის კი არ არის, რომ მკურნალობის გამწვევი პირის მიერ მხოლოდ ვალდებულების დარღვევამ გამოიწვია ჯანმრთელობის დაზიანება, არამედ პასუხისმგებლობისთვის საკმარისია თანამიზეზობრიობის დადგენა.⁸⁰

გერმანული გაბატონებული სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, სამედიცინო შეცდომაზე არ ვრცელდება გსკ-ის 280 I 2 პარაგრაფით გათვალისწინებული არაბრალეულობის მტკიცების ტვირთი, რომელიც მოვალე ექიმს ეკისრება, რაც საბუთდება იმით, რომ ექიმი ვალდებულია გასწიოს დარგობრივად სწორი მომსახურება და არა განკურნოს პაციენტი; დარგობრივად სწორი მომსახურების გაუწევლობა წარმოადგენს გსკ-ის 280 I 1 პარაგრაფის გაგებით, ვალდებულების დარღვევას და არა გაუფრთხილებლობას გსკ-ის 280 I 2 პარაგრაფის გაგებით.⁸¹ აღნიშნულისგან განსხვავებით, განვითარებულია მსჯელობა, რომ მკურნალობის გამწვევი პირი გსკ-ის 280 I 2 პარაგრაფის მიხედვით, გათავისუფლება პასუხისმგებლობისგან თუ დაამტკიცებს, რომ „მას ობიექტურად მცდარი სამედიცინო მომსახურება სუბიექტურად არ ერაცხება“. გსკ-ის 276 II პარაგრაფიდან გამომდინარე, გაუფრთხილებლობა გულისხმობს სამოქალაქო ბრუნვაში აუცილებელი წინდახედულობის ნორმების დარღვევას, რაც ნიშნავს, რომ გსკ-ის 280 I 2 პარაგრაფის გამოყენება სამედიცინო შეცდომის შემთხვევებზე მკურნალობის გამწვევ პირს ბრალის ვარაუდის უარყოფით გაათავისუფლებს პასუხისმგებლობისგან, თუ ის დაამტკიცებს, რომ „მას ობიექტურად არ უნდა შეერაცხოს ობიექტურად მცდარი სამედიცინო მომსახურება“. რაც გულისხმობს, რომ ნაკლოვანი ბრალის დამტკიცება ნიშნავს ვალდებულების დარღვევის ბრალდებისგან გათავისუფლებას; ამგვარად, გსკ-ის 280 I 2 პარაგრაფი 630a და მომდევნო პარაგრაფებიდან გამომდინარე, ვალდებულებების დარღვევის დროს არ ასრულებს

⁷⁶ Wagner; MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 2.; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 55.

⁷⁷ Weidenkaff, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630h, Rn. 1.; Wagner; MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 7.

⁷⁸ Wagner; MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 7, 77.

⁷⁹ Wagner; MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 7.

⁸⁰ Wagner; MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 7.

⁸¹ Wagner; MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 8.

არანაირ როლს, ბრალი მოცემულია სამედიცინო შეცდომის დადგენით.⁸²

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებიდან გამომდინარე, მოთხოვნის საფუძველს წარმოადგენს გსკ-ის 280 I პარაგრაფი, რომელთანაც ერთობლიობაში გათვალისწინებულ უნდა იქნეს 630h პარაგრაფის განსაკუთრებული მოწესრიგება.⁸³ რაც შეეხება მტკიცების ტვირთის შესახებ განსაკუთრებულ მოწესრიგებას გსკ-ის 630h პარაგრაფში, იგი მოიცავს ქმედების ხუთ განსხვავებულ შემადგენლობას. აქედან მხოლოდ 630h II პარაგრაფი აწესრიგებს მტკიცების ტვირთის განაწილებას ახსნა-განმარტების სიმცდარისას, ხოლო დანარჩენი ეხება სამედიცინო შეცდომისთვის პასუხისმგებლობას, რომელიც ქვემოთ დეტალურად განიხილება.

2.2. მტკიცების ტვირთის შებრუნება სრულად კონტროლირებად რისკებთან

630h I პარაგრაფიდან გამომდინარე, მკურნალობის გამწევი პირის შეცდომა ივარაუდება, როცა მისთვის ზოგადი და სრულად კონტროლირებადი რისკი განხორციელდა. მაშასადამე, ივარაუდება მკურნალობის გამწევი პირის მოვალეობის დარღვევა, რომელზეც დამოკიდებულია ზიანის ანაზღაურების მოვალეობა.⁸⁴ ამ ფორმულირებას კანონმდებელი ექიმის პასუხისმგებლობასთან დაკავშირებულ უზენაესი ფედერალური სასამართლოს ადრინდელ პრაქტიკას აფუძნებს (რომელიც მან კლინიკების პასუხისმგებლობის თვალსაზრისით განავითარა), რომლის თანახმადაც, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების შემთხვევაში მტკიცების ტვირთი ვალდებულების დარღვევისთვის არ ბრუნდება, რადგანაც ექიმი მხოლოდ ჯეროვან ძალისხმევაზე არის ვალდებული და არა მომსახურების შედეგზე.⁸⁵ აქედან გამონაკლისი

უნდა დაიშვას, როცა სახეზე არის არა საექიმო საქმიანობის ძირითადი ბირთვიდან გამომდინარე საქმიანობა, არამედ საავადმყოფოდან მომდინარე რისკები, რომლებიც შეიძლება იქ დასაქმებული პერსონალის მიერ სრულად გაკონტროლებულიყო.⁸⁶ ამით ნავარაუდევია ის, რომ პაციენტის ჯანმრთელობაზე ყოველი რისკი პრაქტიკულად შეიძლება გამოირიცხოს საავადმყოფოს გულმოდგინე ორგანიზებისა და პერსონალის შესაბამისი ქცევის შემთხვევაში.⁸⁷ ამგვარ შემთხვევებში უზენაესი ფედერალური სასამართლო დასაშვებად მიიჩნევს არაჯეროვანი ქცევისთვის საავადმყოფოს პერსონალის პასუხისმგებლობას საავადმყოფოს ორგანიზაციულ სფეროში ობიექტურად მცდარი მდგომარეობის დადგენისას.⁸⁸ უზენაესი ფედერალური სასამართლოს გადაწყვეტილების მიხედვით, განსხვავებით საექიმო საქმიანობის სფეროზე, რომელშიც ძირითადად პაციენტმა უნდა ამტკიცოს როგორც სამედიცინო შეცდომის არსებობა, ისევე მისი მიზეზობრიობა დამდგარი ჯანმრთელობის ზიანისთვის, ანუ პაციენტს აწევს მტკიცების ტვირთი რისკების დადგომისას, რაც არაა გამოწვეული პაციენტის ორგანიზმის თავისებურებით და კლინიკის მიერ სამედიცინო მომსახურება ჯეროვნად და კოორდინირებულად რომ დაორგანიზებულიყო, რისკის კონტროლი სრულად შესაძლებელი გახდებოდა - ამ შემთხვევებში გსკ-ის 280 I 2 მიხედვით, წარმოდგენისა და მტკიცების ტვირთი ბრალისგან თავისუფალ ქმედებაზე უკვე არის მომსახურების გამწევის მხარეს.⁸⁹ მაშასადამე, 630h I პარაგრაფის მიხედვით, მტკიცების ტვირთი ობიექტური მოვალეობის დარღვევისთვის პერსონალისა და კლინიკის მიმართ შებრუნდება 280 I 1 პარაგრაფის საწინააღმდეგოდ და ამგვარ სრულად კონტროლირებად რისკთან მიმართებით კლინიკამ უნდა ამტკიცოს, რომ შეცდომა არ და-

⁸² დეტალურად იხ. *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 306.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 9.

⁸³ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 11.

⁸⁴ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 21, 30.

⁸⁵ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 21.

⁸⁶ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630h, Rn. 3.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 21.

⁸⁷ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 21.

⁸⁸ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 21.

⁸⁹ BGHZ 171, 358 Rn. 11 = NJW 2007, 1682. (Urteil vom 06.12.2006 - XII ZR 164/04)

უშვია, თუ პაციენტს ზიანი საავადმყოფოს ორგანიზაციის სფეროში მიაღება.⁹⁰

სრულად კონტროლირებად რისკებთან მტკიცების ტვირთი გულმოდგინების მოვალეობის დარღვევისთვის იყოფა მდგომარეობაზე დამყარებულ, შედეგზე ორიენტირებულ კომპონენტებად და ქცევაზე დამყარებულ, გულმოდგინებაზე ორიენტირებულ კომპონენტებად: დაზარალებულს შეუძლია შეიზღუდოს მტკიცებულებით, რომ კლინიკა ობიექტურად ცუდ მდგომარეობაში იყო; ამის შემდეგ კლინიკამ უნდა ამტკიცოს, რომ მისმა მმართველობამ ყველა საჭირო გულმოდგინების ღონისძიება გაატარა, რომ თავიდან აცილებულიყო ცუდი მდგომარეობა; მანვე უნდა ამტკიცოს, რომ მას არც ორგანიზებაში მიუძღვის ბრალი და არც თანამშრომლის ქცევის გამო მისი გულმოდგინების დარღვევის ტვირთი აწევს.⁹¹

სრულად კონტროლირებად რისკებთან მტკიცების ტვირთის შებრუნების გამოყენების სფერო 630h I პარაგრაფის მიხედვით, ეყრდნობა ჯანმრთელობის ზიანს, რომელიც პაციენტს საავადმყოფოში ინფრასტრუქტურისგან, სამედიცინო აპარატებისგან, ნაკლოვანი ორგანიზების თუ ცუდი ჰიგიენიდან გამომდინარე მიაღება.⁹² კონკრეტული რისკის დადგომისას უნდა განისაზღვროს ის მოვალეობები, რომელთა შესრულებაზე მკურნალობის გამწევი პირი თუ კლინიკა შედეგობრივად პასუხისმგებელია, რადგანაც მათი აცილება ნორმალურ შემთხვევაში შესაძლებელი იქნებოდა ჯეროვანი გულმოდგინების დროს; მტკიცების ტვირთის შებრუნება კი გამოირიცხება, თუ ზიანი შესაძლოა ჯეროვანი ქცევის დროსაც დამდგარიყო ორგანიზმის სპეციფიკიდან გამომდინარე.⁹³

ამგვარად, სრულად კონტროლირებადი რისკი სახეზეა, როცა ზიანის მიზეზი მკურნალობის გამწევი პირის/კლინიკის ორგანიზაციის სფეროშია და არც პაციენტისგან და არც საექიმო

მოქმედების ძირითადი ბირთვიდან მოდის, ანუ გამოირიცხება, რომ პაციენტს გულმოდგინე მომსახურებისას ზიანი მისდგომოდა.⁹⁴ მაგ.: დაზიანებული სამედიცინო ხელსაწყოების შემთხვევებია, როცა დაზიანებულია საინტუბაციო მილი, სახეზეა ნარკოზის აპარატის კონსტრუქციული (როცა ნაკლის მქონე კონცეფციის გამო პროდუქტის გამოყენება არ არის უსაფრთხო, ე.წ. „განვითარების ნაკლი“) ნაკლი, რენტგენის აპარატს აქვს დეფექტი; ჰიგიენურ ნაკლს განეკუთვნება შემთხვევები, როგორებიცაა, მაგ., შემთხვევა, როცა პაციენტის სტაფილოკოკით დაინფიცირება მოჰყვა ინფიცირებული მედლის მიერ მისთვის ნემსის გაკეთებას.⁹⁵

გსკ-ის 630h I პარაგრაფით გათვალისწინებული ვარაუდის ბაზისი მოითხოვს, რომ პაციენტმა სრულყოფილად დაამტკიცოს სრულად კონტროლირებად რისკებსა და ჯანმრთელობისთვის მიყენებულ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირი, ამგვარად, მასზე სრულად გადადის მტკიცების ტვირთი.⁹⁶

2.3. ახსნა-განმარტების სიმცდარე, თანხმობა და ჰიპოთეტური თანხმობა

პაციენტისთვის ახსნა-განმარტების მიცემის მტკიცების ტვირთი ექიმს ეკისრება. ჯერ კიდევ 1979 წელს გერმანიის ფედერალურმა საკონსტიტუციო სასამართლომ შეჯიბრებითობის პრინციპის გათვალისწინებით მხარი დაუჭირა ექიმსა და პაციენტს შორის საპროცესო უფლება-მოვალეობების მოდიფიკაციას, რომლითაც უნდა შემცირებულიყო მხარეებს შორის არსებული ინფორმაციისა და არგუმენტაციის ასიმეტრია.⁹⁷ გსკ-ს 630h II 1 პარაგრაფიდან გამომდინარე, მკურნალობის გამწევი პირი ატარებს მტკიცების ტვირთს იმაზე, რომ მან ჯეროვანი ახსნა-განმარტება გასცა და პაციენტის თანხმობა მოიპოვა, ანუ ექიმს აწევს ჯეროვანი ახსნა-გან-

⁹⁰ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 22.

⁹¹ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 23.

⁹² Weidenkaff, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630h, Rn. 3.; Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 25.

⁹³ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 25.

⁹⁴ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 26.

⁹⁵ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 21; Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 28.

⁹⁶ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 30.; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 19.

⁹⁷ Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfadens für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 5.

მარტების მტკიცების ტვირთი, რისი დამტკიცების შეუძლებლობისა მან უნდა აანაზღაუროს დამდგარი ზიანი.⁹⁸ ამრიგად, ამ მოწესრიგების მიზანია ექიმის პასუხისმგებლობის პროცესში შეჯიბრებითობის მიღწევა.⁹⁹ ამასთან, ეს დანაწესი მოქმედებს მხოლოდ გსკ-ის 630e პარაგრაფით მოწესრიგებული თვითგამომრკვევი ახსნა-განმარტების მიმართ და არა 630c II 1 პარაგრაფით გათვალისწინებული დამცავი ახსნა-განმარტების მიმართ და არც 630c II 2 პარაგრაფის მცდარი ახსნის მიმართ.¹⁰⁰

გერმანიის უზენაესი ფედერალური სასამართლოს პრაქტიკის მიხედვით, კონკრეტული შემთხვევის გარემოებებზე დაყრდნობით, ექიმს ის კი არ მოეთხოვება, რომ გაიხსენოს კონკრეტული ახსნა-განმარტებითი საუბარი, არამედ საკმარისია, რომ მან მიუთითოს იმაზე, რომ ახსნა-განმარტებას ჩვეულებრივ ახორციელებს ჯეროვნად და ამ კონკრეტულ შემთხვევაშიც სწორედ ამგვარად მოიქცა.¹⁰¹ განსაკუთრებული მტკიცებითი ძალა აქვს ახსნა-განმარტებით ფორმულარებს, რომლებიც ექიმმა თავისი ხელით შეავსო ან განავრცო, ან დამსწრე პერსონალის, მაგ., ექიმის თანამშრომლის მითითება, რომ ჩარევის წინ ექიმმა ჯეროვანი ახსნა-განმარტება გასცა.¹⁰² ამ შემთხვევებში იგულისხმება, რომ ახსნა-განმარტება მკურნალობის გამწევი პირის დასაბუთებისა და დოკუმენტირების მოცულობის ფარგლებში განხორციელდა კიდევ.¹⁰³

ახსნა-განმარტების სიმცდარისას პაციენტმა უნდა ამტკიცოს, რომ ჯანმრთელობის ზიანი ექიმის არანებადართულმა ჩარევამ გამოიწვია. ამრიგად, ახსნა-განმარტების ვალდებულების უხეში დარღვევა არ იწვევს მიზეზობრიობასთან დაკავშირებით მტკიცების ტვირთის შებრუნებას.¹⁰⁴ საჭირო მიზეზობრივი კავშირი მცდარ ახსნა-განმარტებასა და დაზარალებულის ჯანმრთელობის ზიანს შორის არ არის სახეზე, როცა

ის რისკი განხორციელდა, რომელზედაც მკურნალობის გამწევი პირს ფაქტობრივად ახსნა-განმარტება გაცემული ჰქონდა, მაგრამ სხვა რისკთან დაკავშირებით არ გასცა ახსნა-განმარტება და ეს სხვა რისკი არ დამდგარა - როგორც უზენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ დაადგინა, მკურნალობის გამწევი პირის პასუხისმგებლობისთვის არ არის საკმარისი იმის დაშვება, რომ პაციენტზე სხვა რისკის შესახებ ახსნა-განმარტების გაცემის შემთხვევაში პაციენტი თანხმობას განაცხადებდა.¹⁰⁵

შედარებით რთულია შემთხვევები, როცა მკურნალობის გამწევი პირი პაციენტს უწევს კონსერვატიულ მკურნალობას და არ მისცემს მას ახსნა-განმარტებას ინვაზიურ ან სხვაგვარ ჩარევაზე, როგორც მკურნალობის ალტერნატივაზე, მათ სარგებელზე ან რისკებზე.¹⁰⁶ თუ მკურნალობის გამწევი უთითებს, რომ ოპერაცია ვერ გამოიწვევდა პაციენტის განკურნებას, მაშინ ის ეყრდნობა ალტერნატიულ მიზეზს, რომელიც სხვა მიზეზობრივ ჯაჭვს განავითარებდა და იმავე ზიანს მოიტანდა. მაშასადამე, მასვე ეკისრება იმის მტკიცების ტვირთი, რომ ჯეროვანი ახსნა-განმარტებისას მკურნალობის ალტერნატივა არ იქნებოდა არჩეული ან იგივე ზიანი დადებოდა.¹⁰⁷

გსკ-ს 630h II 2 პარაგრაფის შესაბამისად, მკურნალობის გამწევი პირს მცდარი ახსნა-განმარტების შემთხვევაში შეუძლია შეპასუხება იმგვარად, რომ პაციენტი წესისამებრი ახსნა-განმარტების გაწევის შემთხვევაშიც დაეთანხმებოდა სამედიცინო ღონისძიებას. თუ პაციენტი ჩარევას დათანხმდებოდა, სახეზე არ არის ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნისთვის აუცილებელი მართლსაწინააღმდეგო კავშირი მცდარი ახსნა-განმარტების გაწევისა და მოთხოვნილ ზიანს შორის, ამგვარად, პასუხისმგებლო-

⁹⁸ *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 677.

⁹⁹ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 34.

¹⁰⁰ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630h, Rn. 4.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 35.

¹⁰¹ BGH, NJW 2014, 1527, Rn. 11.

¹⁰² *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 37.

¹⁰³ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630h, Rn. 4.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 35.

¹⁰⁴ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 40.

¹⁰⁵ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 42.

¹⁰⁶ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 43.

¹⁰⁷ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 43.

ბა გამოირიცხება.¹⁰⁸ გერმანიის ფედერალურმა სასამართლომ მკურნალობის გამწევ პირს დააკისრა პაციენტის ჰიპოთეტური თანხმობის გაცემის მტკიცების ტვირთი, რომ არ დაირღვეს პაციენტის თვითგამორკვევის უფლება.¹⁰⁹ თუ პაციენტმა ნათლად განაცხადა უარი თანხმობის გაცემაზე, ექიმის მიერ ჰიპოთეტურ თანხმობაზე დაყრდნობა გამოირიცხება.¹¹⁰

საყურადღებოა, რომ იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურებაზე უარი სამედიცინო კუთხით არაგონივრული იქნებოდა ან მომსახურების გაუწევლობის შემთხვევაში მსგავსი რისკები მაღალი გართულების თანხლებით დადგებოდა, პაციენტმა უნდა წარმოადგინოს დამაჯერებელი არგუმენტები იმასთან დაკავშირებით, ის განხორციელებული ახსნა-განმარტების შემთხვევაში ამ ჩარევას დაეთანხმებოდა თუ არა.¹¹¹ თუმცა, გსკ-ის 630h II 2 პარაგრაფში პირდაპირ არ არის აღნიშნული, მაგრამ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ადრე მსგავსი სამედიცინო მომსახურების გაწევას დაეთანხმა, ეს შეიძლება იყოს ნიშანი იმისა, რომ დასაშვებია პაციენტმა იდავოს ჰიპოთეტური თანხმობის არსებობაზე, თუმცა ამ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების გაწევა წინ უნდა უსწრებდეს რისკის შესახებ ჯეროვან ახსნა-განმარტებას, ანუ მკურნალობის გამწევმა პირმა უნდა ამტკიცოს, რომ ასეთ შემთხვევაში სახეზე იქნებოდა პაციენტის ჰიპოთეტური თანხმობა, ამგვარად, მტკიცების ტვირთი მკურნალობის გამწევი პირის საწინააღმდეგოდ ბრუნდება.¹¹² თუ მკურნალობის გამწევმა პირმა ვერ დაამტკიცა ჰიპოთეტური თანხმობის გაცემა, სახეზეა გსკ-ის 280 I პარაგრაფით გათვალისწინებული ვალდებულების დარღვევის სანქცია.¹¹³

დავის შემთხვევაში ე.წ. თვითგამომრკვევ ახსნა-განმარტებასა და ე.წ. თერაპიულ ინფორმაციას (წინასაოპერაციო და პოსტსაოპერაციო,

რომელიც წარმოადგენს არა გსკ-ის 630e I პარაგრაფის გაგებით ახსნა-განმარტებას¹¹⁴, არამედ გსკ-ის 630c II მოწესრიგებულ ინფორმირების ვალდებულებას¹¹⁵) შორის განსხვავებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს; რადგანაც თერაპიული ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების სწორად გაწევის შემადგენელი ნაწილია, მაგრამ პაციენტის სამტკიცებელია სამედიცინო მომსახურებისას შეცდომა, მცდარი თერაპიული ინფორმაციის მტკიცების ტვირთი პაციენტს აწევს,¹¹⁶ ამისგან განსხვავებით, ექიმმა უნდა ამტკიცოს, რომ სახეზეა პაციენტის ნამდვილი თანხმობა და ამგვარად წესისამებრი თვითგამომრკვევი ახსნა-განმარტება.¹¹⁷

გსკ-ის 630c II 1 პარაგრაფით გათვალისწინებული ინფორმირების ვალდებულების დარღვევის დროს გამოირიცხება მტკიცების შემსუბუქება პაციენტის სასარგებლოდ.¹¹⁸ იმ შემთხვევაში, თუ აღნიშნული ვალდებულების დარღვევა იმდენად მძიმეა, რომ ის ექიმს არ უნდა დაეშვა, ის იქცევა უხეშ სამედიცინო შეცდომად, ამგვარად, ნაკლოვანი ინფორმირების კაუზალობა, დამდგარი ზიანისთვის გსკ-ის 630h V პარაგრაფის მიხედვით, ივარაუდება და ამ შემთხვევაშიც პაციენტმა უნდა ამტკიცოს ინფორმირების მოვალეობის დარღვევა.¹¹⁹

2.4. დოკუმენტირების ვალდებულების დარღვევა

პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროა მკურნალობის გამწევი პირის ჩანაწერები, რომლებსაც ითვალისწინებს გსკ-ის 630f პარაგრაფი. იმდენად, რამდენადაც გსკ პირდაპირ ვალდებულებად ითვალისწინებს მკურნალობის გამწევი პირის მიერ დოკუმენტირებას და ამასთანავე, ამ სამედიცინო ჩანაწერებთან პაციენტის გარანტირებულ წვდომას, აღნი-

¹⁰⁸ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 36.

¹⁰⁹ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 46.; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 37.

¹¹⁰ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 37.

¹¹¹ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 38.

¹¹² Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 38.; Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 52.

¹¹³ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 53.

¹¹⁴ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 450.

¹¹⁵ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 452.

¹¹⁶ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 54.

¹¹⁷ Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 68.; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 451.

¹¹⁸ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 54.

¹¹⁹ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 55.

შნული შეუმსუბუქებს პაციენტს მკურნალობის გამწევი პირის მიერ ვალდებულებების დარღვევის მტკიცების ტვირთს.

გსკ-ის 630h III პარაგრაფით გათვალისწინებული მტკიცების ტვირთის შემსუბუქების წინაპირობაა სამედიცინო მომსახურების გაწევის დოკუმენტირების შეუსაბამობა გსკ-ის 630f პარაგრაფის დანაწესებთან: პაციენტმა, რომელიც ზიანის ანაზღაურებას ითხოვს, უნდა მიუთითოს იმგვარი სამედიცინო ღონისძიების არსებობაზე, რომლის გამოყენება ან გამოუყენებლობა იქნებოდა მცდარი სამედიცინო მომსახურება; მაშინ, როცა პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში ვალდებულების დამრღვევი ღონისძიება არის აღნიშნული, მკურნალობის გამწევა პირმა უნდა დაამტკიცოს, რომ სინამდვილეში ის არ განხორციელებულა; თუ სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო ღონისძიება პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში ასახული არ არის, ამ შემთხვევაში მკურნალობის გამწევა უნდა დაამტკიცოს, რომ აღნიშნული განხორციელდა.¹²⁰ ამგვარად, ვარაუდის დასაძლევად ამოსავალი წერტილი არის ის, კონკრეტული სამედიცინო ღონისძიება, რომელზეც პაციენტი აფუძნებს თავის მოთხოვნას, უნდა ყოფილიყო თუ არა დოკუმენტირებული.¹²¹ გსკ-ის 630h III პარაგრაფი მოქმედებს არა მხოლოდ პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერების არასრულყოფილების შემთხვევაში, არამედ მაშინაც, თუ ისინი დაიკარგა, აღარ იძებნება ან თავიდანვე არ წარმოებულა.¹²²

დოკუმენტირებას დაქვემდებარებული გარემოებების ჩამონათვალზე მიუთითებს გსკ-ის 630f II პარაგრაფი. ამასვე მიეკუთვნება გსკ-ის 630e პარაგრაფით გათვალისწინებული თვითგამომრკვევი ახსნა-განმარტების გაწევის ვალდებულება, რომლის დოკუმენტირების არარსებობის შემთხვევაშიც ივარაუდება, რომ ჯეროვანი ახსნა-განმარტება არ გაწეულა.¹²³

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დიაგნოსტიკურ ღონისძიებებთან კონტექსტში გსკ-ის 630h III პარაგრაფით გათვალისწინებული მტკიცების შემსუბუქებას. ხშირ შემთხვევაში, დაშვება იმისა, რომ სახეზეა (უხეში) სამედიცინო მომსახურების შეცდომა, დამოკიდებულია იმაზე, ექიმის მიერ პაციენტისთვის კონსულტაციის გაწევისას მისი მდგომარეობა იძლევა თუ არა განსაზღვრული დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებების ჩატარების აუცილებლობის საბაბს.¹²⁴ ამ სფეროში მკურნალობის გამწევი პირის ვალდებულებების დარღვევა ცნობილია ე.წ. გამოკვლევის შედეგების შეგროვების შეცდომითა და მცდარი დიაგნოზის ფორმით. მაგ., თუ რენტგენის სურათი ან ელექტროკარდიოგრაფია (ეკგ) დაიკარგა, რომლებიც, თავის მხრივ, დამზადებული იყო, პაციენტი ვერ დაამტკიცებს მის არსებობას; ფილტვების რენტგენის ფოტოს გარეშე შეუძლებელია დადგინდეს, რომ არსებობდა ტუბერკულოზის მნიშვნელოვანი ნიშანი, რომელიც ექიმმა არ გამოიკვლია; ეკგ-ის გარეშე მოგვიანებით ვერ გამოირკვევა გულის ინფარქტის რისკი იყო თუ არა შესაძლებელი სახლში უკან გაბრუნებული და მალევე გარდაცვლილი პაციენტის შემთხვევაში, რომელსაც ჰქონდა გამომხატული ტკივილები გულმკერდის არეში.¹²⁵ თუ გამოკვლევების შედეგები არ იძებნება, უნდა ჩაითვალოს, რომ სახეზეა მცდარი სამედიცინო მომსახურება, თუ გამოკვლევის შედეგი იძლევა იმის თქმის საფუძველს, რომ სხვა დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიებები უნდა ჩატარებულიყო, რომელთა განუხორციელებლობა უნდა დაკვალიფიცირდეს როგორც უხეშად მცდარ შეცდომად ან როცა სავარაუდო გამოკვლევის მცდარი ინტერპრეტაცია ექიმის მიერ შეესაბამება მცდარ დიაგნოზს.¹²⁶ თუ მოგვიანებით გამოირკვევა, რომ ინფარქტი გამქრალ ეკგ-ზე 90%-ით შესაძლებელი იყო, სახეზეა ფუნდამენტურად მცდარი დიაგნოზი, მტკიცების ტვირთი მიზეზობრიობისთვის

¹²⁰ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 60.

¹²¹ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 60.

¹²² Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 60.

¹²³ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 61.

¹²⁴ Weidenkaff, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630h, Rn. 6.; Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 66.

¹²⁵ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 66.

¹²⁶ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 66.

უნდა შებრუნდეს და დადგეს ექიმის პასუხისმგებლობა.¹²⁷ მაღალი რისკის შემცველი ოპერაციული ჩარევისას თუ ექიმი არ განახორციელებს დოკუმენტირებას და პაციენტს გამოუვლინდება სიმპტომები, რომლებიც, მაღალი ალბათობით, გამომდინარეობს მცდარი სამედიცინო მომსახურებიდან, მტკიცების ტვირთი უნდა შებრუნდეს ექიმის საწინააღმდეგოდ.¹²⁸

ვალდებულების დარღვევასა და ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირისთვის მოქმედებს გსკ-ის 630h V პარაგრაფით გათვალისწინებული ვარაუდი, რომლის წინაპირობაცაა უხეში სამედიცინო შეცდომა, რასაც არ წარმოადგენს დოკუმენტირების ხარვეზი.¹²⁹ მიუხედავად ამისა, შესაძლებელია მიზეზობრიობის მტკიცება გსკ-ის 630h III პარაგრაფის მეშვეობით შემსუბუქდეს: განსაზღვრული დიაგნოსტიკური ან თერაპიული ღონისძიება გსკ-ის 630f პარაგრაფის საწინააღმდეგოდ თუ არ არის დოკუმენტირებული, გსკ-ის 630h III პარაგრაფის მიხედვით, ივარაუდება, რომ ისინი არც განხორციელებულა.¹³⁰

2.5. უხეში სამედიცინო შეცდომა

სასამართლო პრაქტიკის მიერ განვითარებულ და სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობისთვის გსკ-ის 630h V 1 პარაგრაფში კოდიფიცირებული უხეში სამედიცინო შეცდომის შემთხვევაში მიზეზობრიობის ვარაუდს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პრაქტიკული თვალსაზრისით; სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, ექიმმა, რომელმაც დაუშვა უხეში სამედიცინო შეცდომა, რომელსაც, თავისი ბუნებიდან გამომდინარე, შეუძლია გამოიწვიოს სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენება, უნდა დაამტკიცოს, რომ ზიანი მისმა ვალდებულების დარღვევამ კი არ გამოიწვია, არამედ ის დადგებოდა ექიმის მიერ შეცდომის დაუშვებლობის შემთხვევაშიც.¹³¹

სამედიცინო შეცდომა, უზენაესი ფედერალური სასამართლოს არსებული ფორმულირების შესაბამისად, არის უხეში სამედიცინო შეცდომად შესაფასებელი, როცა სახეზეა მცდარი სამედიცინო ქმედება, რომელიც „ობიექტური საექიმო ხედვიდან გამომდინარე, ექიმისთვის მოქმედი განათლებისა და ცოდნის მასშტაბზე დაყრდნობით, გაუგებარია და არ არის პასუხისმგებლიანი, რადგანაც ამგვარი თვალთახედვის გათვალისწინებით მკურნალმა ექიმმა აბსოლუტურად არ უნდა დაუშვას ამგვარი შეცდომა.“¹³² გამართლებულია უხეში სამედიცინო ქცევად მცდარი ქცევის დადგენა იმ შემთხვევებში, როცა სახეზეა ელემენტარული სამედიცინო მომსახურების სტანდარტის ან ელემენტარული სამედიცინო პრინციპებისა და გამოცდილების დარღვევები; არ არის აუცილებელი, სახეზე იყოს უხეში გაუფრთხილებლობა, რადგანაც უფრო მეტად ყურადღება ობიექტურად მცდარ სამედიცინო ხარისხს ექცევა.¹³³

უხეში სამედიცინო შეცდომა არის დაშვებული განსაკუთრებით მაშინ, როცა შესაბამისი სიმპტომების არსებობის მიუხედავად, არ ჩატარდა სამედიცინო კუთხით საჭირო გამოკვლევები, პაციენტი არ ყოფილა ინფორმირებული სამედიცინო გამოკვლევის კრიტიკულ შედეგებთან დაკავშირებით, წარმოდგენილი გამოკვლევები მცდარად იქნა ინტერპრეტირებული, ერთმნიშვნელოვან გამოკვლევებზე ჩვეულებრივ შემთხვევებში საჭირო თერაპიული ღონისძიებით რეაგირება არ მოხდა, ან სამედიცინო რისკების მინიმალიზაციისთვის სტანდარტული მეთოდები უყურადღებოდ იქნა დატოვებული.¹³⁴

თერაპიისას უხეში შეცდომა სახეზეა მაშინ, როცა ექიმი არ ითვალისწინებს ერთმნიშვნელოვან გამოკვლევებს თავისი ქმედებებისთვის, ცნობილი რისკების აღმოსაფხვრელად უსაფუძვლოდ არ იყენებს ნაცად ხერხს, როცა ის გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების თუ საშუა-

¹²⁷ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 66.

¹²⁸ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 66.

¹²⁹ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 68.

¹³⁰ *Weidenkaff*, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, Band 7, 77. Aufl., 2018, § 630h, Rn. 6.; *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 68.

¹³¹ *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 52.

¹³² BGH NJW 1983, 2080; NJW, 2001, 2795; NJW, 2018, 309.

¹³³ *Katzenmeier*, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 57.

¹³⁴ *Wagner*, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 94.

ალებების ზემოქმედებისა და ამტანობის დადგენილ კონტროლს არ ახორციელებს.¹³⁵ თერაპიულ უხეშ შეცდომად ჩაითვალა ასევე შემდეგი შემთხვევები: როცა ექიმი ოპერაციის შემდეგ პაციენტს გადაუდებლად საჭირო მედიკამენტს არ აძლევს, როცა ღია ჭრილობის დასამუშავებლად გამოიყენება იატაკის თუ ავეჯისთვის განკუთვნილი სადეზინფექციო საშუალება, როცა ოპერაციის შემდეგ პაციენტი არ არის საკმარისი ყურადღების ქვეშ, მიუხედავად იმისა, რომ, ჩარევის სირთულიდან გამომდინარე, მოსალოდნელია გართულებები, როცა ჭრილობა დროულად არ გაკონტროლდა.¹³⁶

გსკ-ის 630h V 1 პარაგრაფიდან გამომდინარე, თუ სახეზეა უხეში სამედიცინო შეცდომა, მტკიცების ტვირთი ბრუნდება: არა პაციენტმა, არამედ ექიმმა უნდა ამტკიცოს, რომ ზიანი დადგებოდა მაშინაც, ჯეროვანი შესრულება რომ მომხდარიყო. მაშასადამე, უხეში სამედიცინო შეცდომის დროს მტკიცების შემსუბუქება მიზეზობრიობის დასასაბუთებლად მოქმედებს პაციენტის სასარგებლოდ.¹³⁷ აღნიშნულ ნორმაში მიზეზობრიობის ვარაუდი შემდეგნაირად დასაბუთდება: როცა მკურნალობის გამწვევა უხეში სამედიცინო შეცდომის დაშვებით იმგვარი მდგომარეობა შექმნა, რომ აღარ არის შესაძლებელი, როგორი იქნებოდა მიმდინარეობა ჯეროვანი დახმარებისას, ნიშნავს იმას, რომ ექიმი „საქმესთან უფრო ახლოს დგას“ და, შესაბამისად, უფრო შეუძლია მტკიცების რისკის ზიდვა, ვიდრე პაციენტს; ამრიგად, მტკიცების ტვირთის შებრუნება დაკავშირებულია უფრო მეტად იმასთან, რომ მომხდარი სამედიცინო შემთხვევის გარკვევა, სამედიცინო შეცდომის სიმძიმიდან და სამედიცინო მომსახურებისთვის მისი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, ისე განსაკუთრებულად არის გართულებული, რომ ნდობისა და კეთილსინდისიერების პრინციპიდან გამომდინარე, პაციენტს არ შეიძლება სრული მტკიცების გაწევა მოეთხოვოს.¹³⁸

მტკიცების ტვირთის შებრუნების წინაპირობა არ არის, რომ უხეში სამედიცინო შეცდომა სხეულის დაზიანების ერთადერთი შესაძლო მიზეზი იყოს; სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, საკმარისია თანამიზეზობრიობა, როცა მცდარი საექიმო ქცევა დამდგარ დაზიანებასთან მიმართებით გამოწვეულია სხვა მიზეზით, რომელიც არ უნდა მიეთვალოს მკურნალობის გამწვევ მხარეს. მაშასადამე, თანამიზეზობრიობა საკმარისია, რომ დამზიანებელს შეერაცხოს მთლიანი ზიანი, მაშინაც, როცა არ დგინდება, რომ ის მხოლოდ ზიანის გამოცალკევებული ნაწილისთვის იყო კაუზალური.¹³⁹

დიაგნოზში შეცდომა ჩატარებული გამოკვლევების მცდარად ინტერპრეტირების თვალსაზრისით უხეშ შეცდომად ითვლება მხოლოდ მას შემდეგ, როცა საქმე ეხება ფუნდამენტურ გაუგებრობას.¹⁴⁰ დიაგნოზში უხეში შეცდომა სახეზეა, როცა ექიმი, მიუხედავად გულის ინფარქტის ცხადი სიმპტომებისა, არ ამისამართებს პირს საავადმყოფოში ან საერთოდ ვერ მიხედება, რომ სახეზეა ინფარქტი; როცა ბაქტერიული ინფექცია საკმარისად არ არის დიაგნოზირებული; როცა ექიმი, მიუხედავად ერთმნიშვნელოვანი სიმპტომებისა, მენინგიტს სწორად ვერ აფასებს; როცა ექიმი, მომვლელი პერსონალის მიერ პაციენტის სეპტიური შოკის დაწყების შესახებ მითითების მიუხედავად, სულ მცირე, მჭიდრო და ინტენსიური დაკვირვების დავალებას არ გასცემს.¹⁴¹

გსკ-ის 630h V 1 პარაგრაფით გათვალისწინებული წესი გამოიყენება ასევე თერაპიული ინფორმირების ვალდებულების უხეში დარღვევისას, რომელიც გათვალისწინებულია 630c II 1 პარაგრაფით.¹⁴² უხეში სამედიცინო შეცდომა სახეზეა, როცა მკურნალობის გამწვევი პირი საფრთხის შემცველ გამოკვლევებზე, რაც საჭიროებს გადაუდებელ და სრულ სამედიცინო მომსახურებას, პაციენტს ინფორმაციას არ აწვდის და შედეგობრივად, მას გადაუდებლად საჭირო

¹³⁵ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 71.

¹³⁶ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 72.

¹³⁷ Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 24.

¹³⁸ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 55.

¹³⁹ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 63.

¹⁴⁰ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 67.

¹⁴¹ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 68.

¹⁴² Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 94.

ლონისძიებები არ უტარდება.¹⁴³ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, ჯანმრთელობის პრევენციისა და პროფილაქტიკის გაზრდილი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, მოსალოდნელია, რომ მომავალში სასამართლომ უხეშ სამედიცინო შეცდომად დააკვალიფიციროს პრევენციული ღონისძიებების არაინფორმირებულობის შემთხვევები, მაგ. სასამართლომ უხეშ სამედიცინო შეცდომად ჩათვალა შემთხვევა, როცა გინეკოლოგმა არ მიუთითა თავის პაციენტს ძუძუს კიბოს პრევენციისათვის მამოგრაფიული გამოკვლევის ჩატარების შესახებ.¹⁴⁴

სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო ღონისძიების განუხორციელებლობა უხეში სამედიცინო შეცდომაა, როცა ექიმმა სამედიცინო კუთხით ეჭვგარეშედ საჭირო გამოკვლევები არ ჩატარა, მაგ., ისეთი, რომელიც სამედიცინო სტანდარტულ ლიტერატურაში შემოთავაზებულია და მითითებულია მუქი შრიფტით, მაგ., როცა ჩატარებული გამოკვლევები ბუნდოვანია, მაგრამ სახეზეა ტუბერკულოზის შესაძლო შემთხვევა, უნდა ჩატარდეს სხვა დიფერენცირებული დიაგნოსტიკა არსებული ეჭვის გასაფანტად; თუ პაციენტს აქვს მძიმე მეტალებით მოწამვლის ნიშნები, ექიმმა არ უნდა დააყოვნოს ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევის ჩატარება.¹⁴⁵

უზენაესი ფედერალური სასამართლოს პრაქტიკის მიხედვით, გამოკვლევების ჩატარების უხეში შეცდომა იწვევს მტკიცების ტვირთის შებრუნებას იმისგან დამოუკიდებლად, ჩაუტარებელი გამოკვლევის გამო ასევე საჭირო თერაპია იქნა თუ არა ჩატარებული.¹⁴⁶ გსკ-ის 630h V 2 პარაგრაფიდან გამომდინარე, უზენაესი ფედერალური სასამართლო ეთანხმება მტკიცების ტვირთის შებრუნებას ასევე გამოკვლევების ჩატარებისას მარტივი შეცდომის შემთხვევაშიც, კერძოდ, როცა „სიმპტომების საჭიროებისამებრი დაზუსტება, საკმარისი ალბათობით, მკაფიო და მნიშვნელოვანი გამოკვლევის შედეგს დააყენებდა, რომლის ფუნდამენტურად არასწორი შეფასება ან რეაგირების გარეშე დატოვება წა-

რმოშობს უხეშ შეცდომას და ეს შეცდომა ზოგადად გამოიწვევდა ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენებას.“¹⁴⁷

დადგენილი გამოკვლევების ჩატარების მარტივ შეცდომასა და ჰიპოთეტურ სამედიცინო შეცდომას შორის მიზეზობრიობის არსებობისთვის საკმარისია პაციენტმა დაამტკიცოს, რომ გამოკვლევა „საკმარისი ალბათობით“ ისეთ შედეგს მოიტანდა, რომ გახდებოდა შემდგომი ღონისძიებების განხორციელების მიზეზი, რომლის განუხორციელებლობაც, თავის მხრივ, უხეში შეცდომა იქნებოდა.¹⁴⁸

ამრიგად, ექიმის მიმართ პაციენტის სახელშეკრულებო მოთხოვნების განსასაზღვრად განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებაში მტკიცების ტვირთის განაწილების სპეციალურ დანაწესს, რომელიც ეფუძნება ზიანის ანაზღაურების ზოგად ნორმას (გსკ-ის 280 I პარაგრაფი) და ითვალისწინებს პაციენტსა და მკურნალობის გამწვევ პირს შორის არსებული ინფორმაციული ასიმეტრიის ერთგვარ ბალანსს, კერძოდ, მტკიცების ტვირთი პაციენტის სასარგებლოდ ბრუნდება პაციენტის თანხმობისა და ახსნა-განმარტების გაწევის თვალსაზრისით. ამასთან, სამედიცინო ჩანაწერის არარსებობა ქმნის ვარაუდს, რომ ის არც განხორციელებულა და მტკიცების ტვირთს ექიმს აკისრებს. აგრეთვე, ექიმმა უნდა ამტკიცოს უხეში სამედიცინო შეცდომის არარსებობა, ამგვარად, უხეში სამედიცინო შეცდომის დროს მტკიცების შემსუბუქება მიზეზობრიობის დასასაბუთებლად მოქმედებს პაციენტის სასარგებლოდ. ასევე მნიშვნელოვანია სრულად კონტროლირებად რისკებთან სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებლობის საკითხის დაყენება: კლინიკამ უნდა ამტკიცოს, რომ შეცდომა არ დაუშვია, თუ პაციენტს ზიანი საავადმყოფოს ორგანიზაციის სფეროში მიაღწა, თუმცა მტკიცების ტვირთის შებრუნება გამორიცხება, თუ სავარაუდოა, რომ ზიანი ჯეროვა-

¹⁴³ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 75.

¹⁴⁴ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 75.

¹⁴⁵ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 99.

¹⁴⁶ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 99.

¹⁴⁷ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630h, Rn. 80; Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 100.

¹⁴⁸ Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630h, Rn. 101.

ნი ქცევის დროსაც დადგებოდა პაციენტის ორგანიზმის სპეციფიკიდან გამომდინარე.

3. სახელშეკრულებო მოთხოვნები ექიმის მიმართ ქართულ სამართალში

ქართულ სამართალში სამედიცინო დახმარების გამწევი პირების სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის განსაზღვრის ნორმატიული საფუძველია დელიქტური და სახელშეკრულებო ზიანის ანაზღაურების ნორმები. სსკ-ის 394 I მუხლით განსაზღვრულია ზიანის ანაზღაურების წინაპირობები:¹⁴⁹ სამედიცინო მომსახურებიდან გამომდინარე ვალდებულების დარღვევა, ბრალი, სამედიცინო მომსახურებიდან გამომდინარე ზიანის დადგომა, მიზეზობრივი კავშირი გაწეულ სამედიცინო მომსახურებასა და დამდგარ ზიანს შორის.

როცა სამედიცინო მომსახურება გაწეულია კლინიკაში და ის იღებს ვალდებულებას დადგენილი სტანდარტით მკურნალობაზე, სამართლებრივად, ექიმები ამ შემთხვევაში გამოდიან, როგორც შესრულებაზე ვალდებული პირის (კლინიკის) დამხმარეები, თუ თავად ისინი არ წარმოადგენენ სამედიცინო დაწესებულების ორგანოს.¹⁵⁰ სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების მხარეს ექიმი წარმოადგენს იმ შემთხვევაში, თუ ის საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის საფუძველზე ეწევა დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას. ქართულ რეალობაში, როგორც წესი, მხარეს სამედიცინო დაწესებულება წარმოადგენს და მისი

პასუხისმგებლობის საკითხიც უნდა გადაწყდეს სსკ-ის 37 I, 396 მუხლებიდან გამომდინარე, თუმცა ეს არ გამორიცხავს პასუხისმგებლობის განსაზღვრას სსკ-ს 997-ე მუხლის მიხედვით.¹⁵¹ სამედიცინო დაწესებულებას მომსახურების გაწევასთან ერთად აკისრია ე.წ. ორგანიზაციული ვალდებულებები სახელშეკრულებო ვალდებულებების სახით, მაგ., საავადმყოფოში ცალსახად უნდა იყოს დადგენილი და გამიჯნული კომპეტენციები და პასუხისმგებლობა ოპერატიული გეგმისა და წარმომადგენლობითი წესების მეშვეობით; თანამშრომლების გულისხმიერად შერჩევა, დადგენილი სტანდარტების დაკმაყოფილება, პაციენტის უსაფრთხოება თუ ჰიგიენური ნორმების დაცვა უნდა იყოს უზრუნველყოფილი¹⁵², როგორც დამცავი ვალდებულებები სსკ-ის 316 II მუხლის გაგებით. ყველა აღნიშნულ შემთხვევაში ექიმმა შეიძლება დაარღვიოს ნაკისრი ვალდებულებები და ამგვარად მას შეეარაცხოს ხელშეკრულების დარღვევა.¹⁵³

გერმანულ სამართალში პაციენტმა უნდა ამტკიცოს ვალდებულების დარღვევა, ქართული დადგენილი სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით კი, ექიმმა უნდა ამტკიცოს უშეცდომო სამედიცინო მომსახურების გაწევა დარღვრის სტანდარტით ანუ ვალდებულების დარღვევის არარსებობა; სამედიცინო დაწესებულებას აწევს არაბრალეულობის მტკიცების ტვირთი.¹⁵⁴ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას პერსონალის არამართლზომიერი მოქმედების გამო

¹⁴⁹ *რუსიაშვილი გ.*, ზოგადი ვალდებულებითი სამართალი, კახუხუბის კრებული, თბილისი, 2020, 95 და მომდევნო გვერდები.

¹⁵⁰ *კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ.*, ექიმის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 4.

¹⁵¹ *კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ.*, ექიმის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 4.

¹⁵² *დეტალურად იხ. კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ.*, ექიმის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის

ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 6.

¹⁵³ *კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ.*, ექიმის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 6.

¹⁵⁴ *კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ.*, ექიმის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 8 და მომდევნო გვერდები.

კლინიკა პასუხს აგებს მიუხედავად იმისა, მას მიუძღვის თუ არა ბრალი.¹⁵⁵

მაშასადამე, ბრალეულობაზე მსჯელობისას იგულისხმება არა განზრახ ქმედება, არამედ გაუფრთხილებლობა, რომელიც მჭიდრო კავშირშია დადგენილ პროფესიულ სტანდარტთან და, შესაბამისად, პაციენტმა კი არ უნდა ამტკიცოს ექიმისა თუ სამედიცინო დაწესებულების ბრალი, არამედ სსკ-ის 394 II 2 მუხლის მიზნებისთვის ის ივარაუდება და ექიმმა უნდა ამტკიცოს, რომ მას არ დაურღვევია აღნიშნული სტანდარტი და არ დაუშვია მკურნალობისას შეცდომა.¹⁵⁶

ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობა წარმოიშობა გაუფრთხილებლობის შემთხვევაში, თუ დამდგარი ზიანი უშუალოდ ამ ქმედების შედეგია; სამედიცინო მომსახურების გაწევისას ექიმის გაუფრთხილებლობა გამოიხატება აუცილებელი გულისხმიერების დარღვევაში: როცა ის ვერ იჩენს მოსალოდნელ გულისხმიერებასა და წინდახედულობას თავისი ცოდნისა და კვალიფიკაციის მიუხედავად.¹⁵⁷ რადგანაც გაუფრთხილებელი ქმედება ვალდებულების დარღვევაა, პრობლემურია ბრალის შერაცხვისგან გამიჯვნის კონტექსტში დადგინდეს, თუ რა ითვლება შინაარსობრივად ვალდებულების დარღვევად; ამ საკითხის გადაწყვეტა შემდეგნაირად არის რეკომენდებული: სახელშეკრულებო ვალდებულებების ფორმულირების მასშტაბად უნდა იყოს გამოყენებული „უმაღლესი გულისხმიერების“ უგულებელყოფა, ბრალის საკითხის მიმართ კი გამოიყენებულ უნდა იქნეს შედარებით შემცირებული, სიტუაციასა და სამოქალაქო ბრუნვას მორგებული მასშტაბი.¹⁵⁸

III. დელიქტური მოთხოვნები ექიმის მიმართ

1. ექიმის დელიქტურ სამართლებრივი პასუხისმგებლობა გერმანულ სამართალში

მას შემდეგ, რაც გსკ-ში სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება კოდიფიცირდა, ექიმის პასუხისმგებლობის სახელშეკრულებო საფუძვლები დიდად არ განსხვავდება დელიქტურ სამართლებრივისგან, მაგ., მომსახურების ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების პროგრამა არაფრით განსხვავდება გსკ-ის 823 I პარაგრაფით (ე.წ. კონკრეტული დათქმა, რომელიც ითვალისწინებს პირის სიცოცხლის, სხეულის, ჯანმრთელობის დაცვას¹⁵⁹) გათვალისწინებული გულმოდგინეობის მოთხოვნებისგან; სწორედ ისე, როგორც ამას გსკ-ის 630a II პარაგრაფის მოწესრიგება სახელშეკრულებო სამართლისთვის მოითხოვს, ექიმი თავისი „გარანტიის“ მდგომარეობის გამო დელიქტური სამართლის ძალით საექიმო წესების შესატყვისი გამოჯანმრთელების სამედიცინო მომსახურებაზეა ვალდებული, ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღდგენის მიზნით.¹⁶⁰

ექიმის დელიქტური პასუხისმგებლობა უდავოდ მიიღება მხედველობაში, როცა სახელშეკრულებო კავშირი კონკრეტულ ექიმსა და პაციენტს შორის არ არსებობს; ეს მოქმედებს არა მხოლოდ სასწრაფო დახმარების ექიმების მიმართ, რომლებთანაც მოგვიანებითაც არ იდება ხელშეკრულება, არამედ მოიცავს შემთხვევებს, რომლებშიც სახელშეკრულებო ურთიერთობა მხოლოდ კლინიკასთან არსებობს და არა

¹⁵⁵ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 186.

¹⁵⁶ კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 9, 10.

¹⁵⁷ კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 9.

¹⁵⁸ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 188.; კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 6.

¹⁵⁹ Peifer, Schuldrecht, Gesetzliche Schuldverhältnisse, 4. Aufl., 2014, 48.

¹⁶⁰ Försten, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 823, Rn. 791.; Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB Vorb. Vor § 630a, 26.

კონკრეტულად კლინიკაში დასაქმებულ მომსახურების გამწევ ექიმთან.¹⁶¹

აღსანიშნავია, რომ ყოველი საექიმო სამედიცინო ჩარევა წარმოადგენს სხეულებრივი მთლიანობის დარღვევას ან/და ჯანმრთელობის დაზიანებას გსკ-ის 823 I პარაგრაფის გაგებით. ამასთან, სამედიცინო ჩარევა მართლსაწინააღმდეგო არ არის იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ამაზე თანხმობა აქვს გაცხადებული, მაშასადამე, პაციენტის თანხმობა მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველ გარემოებას წარმოადგენს. ამასთან, დელიქტურსამართლებრივად, ნამდვილი თანხმობის არარსებობის შემთხვევაში, ირღვევა არა პაციენტის პიროვნული, არამედ მისი ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლება; ამგვარად, ექიმის მიერ გამოწვეული სხეულის დაზიანებისთვის პაციენტის თანხმობა წარმოადგენს მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველ გარემოებას და ზოგადი წესების მიხედვით, ექიმმა უნდა ამტკიცოს პაციენტის თანხმობის არსებობა, ისევე, როგორც მას აწევს მტკიცების ტვირთი, რომ ახსნა-განმარტება უკვე გასწია.¹⁶² თუმცა იურიდიულ დოქტრინაში აღნიშნულია, რომ შინაარსობრივად გსკ-ის 630d პარაგრაფი დელიქტური სამართლისგან არაფრით არ განსხვავდება, არც მტკიცების ტვირთის თვალსაზრისით, გსკ-ის 630h II პარაგრაფის მოწესრიგებიდან გამომდინარე.¹⁶³

სამედიცინო მომსახურებამ, იქნება ის ხელშეკრულების საფუძველზე თუ მის გარეშე გაწეული, შესაძლოა წარმოშვას დელიქტური პასუხისმგებლობა გსკ-ის 823 I პარაგრაფიდან გამომდინარე, თუ ექიმის მიერ გულმოდგინეობის დარღვევის გზით მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული (როგორც წესი, გაუფრთხილებელი) ქმედება გამოიწვევს ჯანმრთელობის ხელყოფას ან სხეულებრივი მთლიანობის დარღვევას.¹⁶⁴

ამგვარად, გერმანულ სამართალში ექიმის დელიქტურსამართლებრივი პასუხისმგებლობა განისაზღვრება გსკ-ის 823 I პარაგრაფით დადგენილი წესით და მკურნალობის გამწევ პირს აწევს მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველი გარემოების - პაციენტის თანხმობის არსებობის მტკიცების ტვირთი, ისევე, როგორც, მან უნდა ამტკიცოს, რომ გასწია შესაბამისი ახსნა-განმარტება.

2. სამედიცინო დაწესებულების მიერ ზიანის ანაზღაურება ქართულ სამართალში

2.1. მოთხოვნის დელიქტურსამართლებრივი საფუძველი

სამედიცინო ხელშეკრულების არსებობა დელიქტურ მოთხოვნას ვერ გამორიცხავს. სამედიცინო პერსონალის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების არასაკმარისი ხარისხის გამო პაციენტის უკმაყოფილების გამოთქმა¹⁶⁵ ქართულ რეალობაში ხშირად განპირობებულია სამედიცინო დაწესებულების არასწორი მენეჯმენტისა თუ საერთაშორისო სტანდარტების დარღვევით.¹⁶⁶ სსკ-ის 1007-ე მუხლით კანონმდებელი პირისთვის სამედიცინო დაწესებულებაში მიყენებული ზიანის საერთო საფუძველით ანაზღაურების წინაპირობებს ითვალისწინებს. ზიანი შეიძლება გამოიხატოს როგორც ქირურგიული ოპერაციის შედეგში, ასევე არასწორი დიაგნოზის დასმაში. ამ მუხლში არსებული „და სხვა“ კრიტერიუმზე მითითება უნდა მოიცავდეს პაციენტსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის ურთიერთობისას წარმოქმნილ ყველა ასპექტს, რაც უკავშირდება ზოგადად პირის,

¹⁶¹ Försten, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 823, Rn. 792.; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 303.

¹⁶² Wagner, MüKo/BGB, 8. Aufl., 2020, BGB § 630d, Rn. 56. Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630d, Rn. 2.

¹⁶³ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 630d, Rn. 2.

¹⁶⁴ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn. 300.; Försten, in: BeckOK BGB, 61. Aufl., § 823, Rn. 790.

¹⁶⁵ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძველები, თბილისი, 2014, 7.

¹⁶⁶ კვანტალიანი ნ.,/ რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 6.

როგორც პაციენტის სტატუსით, სამედიცინო მომსახურების მიღებას.¹⁶⁷

უზენაესი სასამართლო სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების მიერ პაციენტის სიცოცხლის ან ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანის შედეგად წარმოშობილი დავების სამართლებრივი კვალიფიკაციისას იყენებს სსკ-ის 326-ე მუხლს, ხოლო ბრალულობის, მიზეზობრივი კავშირის, ზიანის ოდენობისა და სხვა მნიშვნელოვანი საკითხების კვალიფიკაციისას იყენებს სსკ-ის 408-415-ე მუხლებს და მისი რეკომენდაციის თანახმად, „აღნიშნული ვალდებულება წარმოიშობა დაზარალებულის აბსოლუტური სუბიექტური სამოქალაქო უფლებების დარღვევის შედეგად, ატარებს არასახელშეკრულებო ხასიათს და მიმართულია მიყენებული ქონებრივი ან მორალური ზიანის ანაზღაურებისაკენ“.¹⁶⁸

სსკ-ის 1007-ე მუხლით გათვალისწინებული სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის დაკისრება მოითხოვს სსკ-ის 992-ე მუხლით (ე.წ. გენერალური დათქმა) განსაზღვრული წინაპირობების არსებობას: ზიანი, მართლსაწინააღმდეგო ქმედება, მიზეზობრივი კავშირი ქმედებასა და ზიანს შორის და ბრალი. აღნიშნული წინაპირობების თავისებურებას კი სამედიცინო საქმიანობის სპეციფიკა განსაზღვრავს და ამგვარად, დამდგარი ზიანი სამედიცინო მომსახურებიდან უნდა მომდინარეობდეს.

2.1.1. მიყენებული ზიანი

სამოქალაქო კოდექსი ზიანის დეფინიციას არ იცნობს, თუმცა იურიდიულ ლიტერატურაში ზიანი განიმარტება, როგორც სამართლებრივი

ხელყოფის შედეგი, რომლისგან წარმოშობილი ქონებრივი თუ არაქონებრივი დანაკლისი უნდა აუნაზღაურდეს იმ პირს, რომელმაც უშუალოდ განიცადა ზიანი.¹⁶⁹ ნაციონალური კანონმდებლობა პაციენტს უფლებას ანიჭებს, მისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას მიყენებული ზიანის ანაზღაურება სამოქალაქო კოდექსით დადგენილი წესით მოითხოვოს. ამასთან, დელიქტურ პასუხისმგებლობას საფუძვლად, როგორც წესი, უდევს არა სახელშეკრულებო პირობათა დარღვევა, არამედ ჯანმრთელობაზე მართლსაწინააღმდეგო ქმედებით პირის აბსოლუტური უფლების ხელყოფა.¹⁷⁰

როგორც უზენაესი სასამართლო უთითებს, პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლი ითვალისწინებს პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ როგორც მატერიალური, ასევე მორალური ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის შესაძლებლობას იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო პერსონალის ქმედებამ ან უმოქმედობამ გამოიწვია პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი.¹⁷¹ ამასთან, საკაცო სასამართლომ ერთ-ერთ საქმეზე მშობლისთვის მიყენებულ მორალურ ზიანად შეაფასა შვილის გარდაცვალება და განმარტა: „უდავოა, რომ ახალგაზრდა შვილის გარდაცვალებით მშობელი განიცდის მნიშვნელოვან მორალურ ტკივილს, რაც დაკავშირებულია განგრძობად ნეგატიურ განცდებებსა და სტრესულ მდგომარეობასთან. ... მორალური ტანჯვით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება ვერ აღუდგენს დაზარალებულს ხელყოფამდე არსებულ სულიერ მდგომარეობას, მისი მიზანია არამატერიალური სიკეთის ხელყოფით გამოწვეული ტანჯვის

¹⁶⁷ შდრ., ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(70)/2021, 88.

¹⁶⁸ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 56.

¹⁶⁹ რუსიაშვილი გ., ეგნატაშვილი დ., კაბუხები კანონისმიერ ვალდებულებით სამართალში, თბილისი, 2016, 207 და მომდევნო გვერდები; კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამო-

ქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 141.

¹⁷⁰ კვანტალიანი ნ./რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 13.

¹⁷¹ საქმე Nას-38-2021, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2021 წლის 18 მაისის გადაწყვეტილება.

შემსუბუქება, ნეგატიური განცდების სიმძიმისა და ინტენსივობის შემცირება.¹⁷² ამგვარად, დადგენილია სამედიცინო მომსახურების განხორციელებისას მიყენებული როგორც მორალური, ასევე მატერიალური ზიანის ანაზღაურება დელიქტური წესით.

2.1.2. მართლსაწინააღმდეგო ქმედება

სამედიცინო სფეროს სპეციფიკა განაპირობებს მართლწინააღმდეგობის რიგ თავისებურებებს. მართლწინააღმდეგობა, ექიმის პასუხისმგებლობის შემთხვევაში შეიძლება განპირობებული იყოს პაციენტის სხეულის თუ ჯანმრთელობის დაზიანებით, რომელიც, როგორც წესი, აქტიური ქმედებითაა გამოწვეული.¹⁷³ სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირის ქმედება ჩაითვლება მართლსაწინააღმდეგოდ, როცა სამედიცინო მომსახურების გაწევა არ შეესაბამება სამედიცინო მომსახურების სფეროში დადგენილ სტანდარტს: სამედიცინო ტექნოლოგიების, მათი შესრულების სისწორისა და მათი გამოყენების შედეგების მაჩვენებელთა ერთობლიობას.¹⁷⁴

უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, „მართლსაწინააღმდეგო ქმედებად მიიჩნევა სამედიცინო დაწესებულების მიერ არასწორად განხორციელებული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, რამაც გამოიწვია ზიანი.“¹⁷⁵ ამასთან, „სამედიცინო მუშაკის ქცევის, როგორც მართლსაწინააღმდეგო ქცევის კვალიფიკაციისას, აუცილებელია არასათანადო სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ფაქტის დადგენა. ზიანის მიმყენებ-

ლის მართლსაწინააღმდეგო ქმედება მოიცავს არა მარტო მის აქტიურ მოქმედებებს, არამედ უმოქმედობასაც.“¹⁷⁶

ამგვარად, ზიანის ანაზღაურების ვალდებულების წარმოშობისთვის სახეზე უნდა იყოს ზიანის მიმყენებელი პირის მართლსაწინააღმდეგო ქმედება. ამასთან, ექიმის მიერ დადგენილი დარგობრივი სტანდარტის დაცვა გამორიცხავს მის მართლსაწინააღმდეგო ქცევას.

2.1.3. მიზეზობრივი კავშირი

ნაციონალური კანონმდებლობის მიხედვით, ზიანის ანაზღაურება უკავშირდება პირდაპირ მიზეზობრივ კავშირს, რომელიც გულისხმობს მოვლენებს შორის მჭიდრო ობიექტური კავშირის არსებობას.¹⁷⁷ ხშირად სასამართლოსთვის რთულია პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანსა და სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირის ქმედებას შორის მიზეზობრივი კავშირის დადგენა, რადგანაც პაციენტი თავისი უფლებების დასაცავად შესაბამის ინფორმაციასა და მტკიცებულებას დროულად არ იძიებს ან შესაბამისად ვერ სწევს მტკიცების ტვირთს.¹⁷⁸

მიზეზობრივი კავშირის დადგენა რთულია ისეთ შემთხვევებში, როცა პაციენტს სამედიცინო მომსახურება სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გაეწია. ამ დროს სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობა ეკისრება მხოლოდ იმ პირს, რომელმაც მართლსაწინააღმდეგო ქმედებით პაციენტს ზიანი მიაყენა.¹⁷⁹ ამასთან, ზიანი შეიძლება წარმოიშვას არა მხოლოდ არასწორი სამედიცინო მომსახურების

¹⁷² სუსგ საქმე N ბს-327-309, 16.05.2019.

¹⁷³ კვანტალიანი ნ./რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 13.

¹⁷⁴ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 164 და მომდევნო გვერდები.

¹⁷⁵ საქმე Nას-1124-1044-2017. 30.07.2018

¹⁷⁶ საქმე Nას-38-2021, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2021 წლის 18 მაისის გადაწყვეტილება.

¹⁷⁷ კვანტალიანი ნ., მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(33)12, თბილისი, 2012, 7.

¹⁷⁸ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 173.

¹⁷⁹ კვანტალიანი ნ., მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(33)12, თბილისი, 2012, 8.

გაწევის შედეგად, არამედ ავადმყოფობის პათოლოგიის სპეციფიკის, პაციენტის მხრიდან სამედიცინო მომსახურების გამწევისთვის არასრულყოფილი ან/და არასწორი ინფორმაციის მიწოდების, ექიმის დანიშნულების ან/და სხვა პირობების შეუსრულებლობის შედეგად.¹⁸⁰ ამგვარი ფაქტორების გამოსარკვევად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა და შესაბამისად, სასამართლო უმეტესწილად სამედიცინო მომსახურების შედეგად დამდგარ ზიანსა და მართლსაწინააღმდეგო ქმედებას შორის კავშირის დასადგენად სამედიცინო ექსპერტიზაზეა დამოკიდებული. სასამართლო პრაქტიკის მიერ ჩამოყალიბებული სტანდარტული საკითხები ექსპერტს გამოსაკვლევად ეგზავნება, რაც გადამწყვეტ როლს ასრულებს სამედიცინო პერსონალის ქმედებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირის დადგენაში.¹⁸¹ თუმცა, ხშირ შემთხვევებში, ექსპერტის დასკვნის ნეიტრალური ხასიათი თუ ექსპერტის მიერ რიგი საკითხების გამოკვლევაზე სათანადო მეთოდოლოგიის არარსებობის გამო უარის თქმა მაინც ართულებს მიზეზობრივი კავშირის დადგენას.¹⁸²

მიზეზობრივი კავშირის დადგენას მცდარ სამედიცინო მოქმედებასა და პირისათვის მიყენებულ ზიანს შორის უზენაესი სასამართლო უკავშირებს მკურნალობისას დაშვებულ შეცდომებს, კერძოდ, „ის გარემოება, რომ ზიანი გამოიწვია სამედიცინო პერსონალის ქმედებამ, უტყუარად უნდა დადგინდეს. უშედეგო მკურნალობა ან მკურნალობის უარყოფითი შედეგი თავისთავად არ იწვევს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას. ზიანი გამოწვეული უნდა

იყოს მკურნალობისას დაშვებული შეცდომებით, ანუ თუ მკურნალობა სწორადაა წარმართული, თუნდაც მას უარყოფითი შედეგი მოჰყვეს, არ იწვევს ექიმის პასუხისმგებლობას“.¹⁸³

მაშასადამე, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შედეგად მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისთვის მომსახურების გამწევი პირის ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირის არსებობა აუცილებელია და მისი ვერადადგენის შემთხვევაში პაციენტის სარჩელს პერსპექტივა არ აქვს. ამასთან, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის შემთხვევაში მტკიცების ტვირთის კონტექსტში ცალსახად უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტმა უნდა ატაროს როგორც ზიანის არსებობის, ისე მიზეზობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთი.¹⁸⁴

2.1.4. ბრალი

სსკ-ის 992-ე მუხლი სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის უშუალოდ ზიანის მიყენებულზე დაკისრებას ითვალისწინებს. ნორმის შემადგენლობიდან გამომდინარე, სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის დაკისრების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ელემენტს ექიმის ბრალი წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმი პაციენტის სხეულებრივ მთლიანობაში ერევა, ჩვეულებრივ სახეზე არ არის ექიმის მიერ პაციენტის ჯანმრთელობის თუ სხეულის განზრახ დაზიანება და პასუხისმგებლობის დაკისრებისთვის საკმარისი უნდა იყოს გაუფრთხილებლობის დადგენა. უზენაესი სასამართლოს განმარტების მიხედვით, „პაციენტისთვის მიყენებული ზიანისას, როგორც წესი, ექიმის განზრახი ბრალი არ იკვეთება. ასეთ შე-

¹⁸⁰ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 179.; *კვანტალიანი ნ.*, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი, N2(33)12, თბილისი, 2012, 9.

¹⁸¹ *კვანტალიანი ნ.*, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის,

მართლმსაჯულება და კანონი, N2(33)12, თბილისი, 2012, 9.

¹⁸² *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 181.

¹⁸³ სუს Nას-1046-966-2017; 20.07.2018.

¹⁸⁴ *პეპანაშვილი ნ.*, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება (ნაშრომი დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად), თბილისი, 2016, 145.

(https://press.tsu.ge/data/image_db_innova/samartal/nino_epanashvili.pdf).

მთხვევებში საკმარისია დადგინდეს ექიმის გაუფრთხილებლობა, რაც გულისხმობს მის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების აუცილებელი გულისხმიერებისა და ყურადღების გარეშე განხორციელებას. გულისხმიერება და ყურადღებიაზრობა გამოიხატება ექიმის მიერ საჭირო სამედიცინო მოქმედებების ზედმიწევნით ხარისხიანად, აღიარებული სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად შესრულებაში.¹⁸⁵

პრაქტიკაში ზიანი, როგორც წესი, გამოწვეულია მკურნალობის უშუალოდ გამწვევი პირის - ექიმის ან ექთნის მიერ, განსაკუთრებით მაშინ, როცა სამედიცინო მომსახურება მიიღება კლინიკაში. შესაბამისად, ამგვარ დავებზე მოპასუხე სამედიცინო დაწესებულებაა. სსკ-ის 997-ე მუხლის მიხედვით, პირი ვალდებულია აანაზღაუროს ზიანი, რომელიც მიადგა მესამე პირს მისი მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო მოქმედებით თავისი შრომითი (სამსახურებრივი) მოვალეობის შესრულებისას. პასუხისმგებლობა არ დადება, თუ მუშაკი მოქმედებდა ბრალის გარეშე. შესაბამისად, პასუხისმგებლობის საკითხის გადაწყვეტისას მნიშვნელოვანია მკურნალობის გამწვევი პირის მართლსაწინააღმდეგო ქმედების (მცდარი სამედიცინო) დადგენა და თუ დადგინდება, რომ სამედიცინო პერსონალის მართლსაწინააღმდეგო მოქმედებით დადგა ზიანი, სამედიცინო დაწესებულება პასუხს აგებს თავისი მუშაკის არამართლზომიერი მოქმედების გამო, მიუხედავად იმისა, სამედიცინო დაწესებულებას მიუძღვის ბრალი თუ არა.¹⁸⁶

სამოქალაქო საქმეებთან დაკავშირებული უზენაესი სასამართლოს ერთგვაროვანი პრაქტიკის მიხედვით, თავად ზიანის მიმყენებელია პასუხისმგებელი ზიანის ანაზღაურებაზე. ამასთან, კანონით განსაზღვრულ შემთხვევებში ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება ეკისრება იმ

პირს, რომელსაც თუმცა ზიანი უშუალოდ არ მიუყენებია, მაგრამ პასუხისმგებელია ზიანის მიმყენებლის ქმედებაზე და ამგვარი შემთხვევების ხელშეკრულებით შეთანხმება გამორიცხულია.¹⁸⁷

მედიცინის მუშაკის სათანადო მოქმედების ფარგლების განსაზღვრის პრობლემა კონკრეტულ შემთხვევაში დღის წესრიგში ყოველთვის დგება. ქმედების სისწორის განსასაზღვრად მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის ფაქტი, რომ ექიმი თავისი პროფესიული მოვალეობის შესრულებისას მოქმედებს დადგენილი დარგობრივი სტანდარტით, რაც მოიცავს პროფესიული ცოდნის, კვალიფიკაციისა თუ გამოცდილების ნაზავს. გამომდინარე იქიდან, რომ პასუხისმგებლობის საკითხის განსაზღვრისას, როგორც აღინიშნა, განზრახვა უიშვიათეს გამონაკლისს წარმოადგენს, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა დადგინდეს, ექიმის ქმედება რამდენად იყო წინდახედული, კერძოდ, მედიცინის მუშაკმა მიიღო თუ არა სათანადო ზომები მოსალოდნელი ზიანის თავიდან ასაცილებლად.¹⁸⁸ ამგვარად, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ქმედება უნდა ჩაითვალოს ბრალეულად, თუ მას რეალურად შეეძლო, მაგრამ მზრუნველობის, წინდახედულობის დაუცველობით პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენების თავიდან ასაცილებლად ობიექტურად შესაძლო ზომები არ მიიღო.¹⁸⁹ იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მცდარი ქმედება გამოირიცხება და დადგინდება, რომ ზიანი გამოიწვია კლინიკის ორგანიზაციული სფეროდან გამომდინარე გარემოებამ, ზიანის ანაზღაურების ვა-

¹⁸⁵ საქმე Nას-38-2021, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2021 წლის 18 მაისის გადაწყვეტილება.

¹⁸⁶ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 185, 186.

¹⁸⁷ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქოსამართლებრივი

პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 185, 187.

¹⁸⁸ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 185, 189.

¹⁸⁹ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 196.

ლდებულება დაეკისრება სამედიცინო დაწესებულებას.¹⁹⁰

ამრიგად, კლინიკა პასუხს აგებს თავისი პერსონალის ქმედებისთვის მისი ბრალის მიუხედავად, ისევე, როგორც კლინიკის ორგანიზაციული სფეროდან მომდინარე გარემოებებით დამდგარი ზიანისთვის. ამასთან, სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის დაკისრებისთვის საკმარისია დადგინდეს მკურნალობის გამწვევი პირის გაუფრთხილებლობა, რაც უნდა შეფასდეს იმის გათვალისწინებით, თუ როგორ მოიქცეოდა კონკრეტულ შემთხვევაში გულისხმიერი ექიმი.

2.2. მტკიცების ტვირთის შებრუნება

მტკიცების ტვირთთან დაკავშირებით კონკრეტულ ჩანაწერს სსკ-ის 1007-ე მუხლის მე-2 წინადადება შეიცავს, რომლის მიხედვით ექიმი ვალდებულია ამტკიცოს თავისი არაბრალეულობა. ამრიგად, აღნიშნული მუხლით ზიანის მიმყენებელი პირის ბრალეულობის პრეზუმფიცია მოქმედებს და სწორედ მისი სამტკიცებელია, რომ ზიანი არ არის თავისი ქმედების შედეგი; შესაბამისად, დაზარალებულ პირს მედიცინის მუშაკის ბრალეულობის მტკიცების ტვირთი არ აკისრია.¹⁹¹ თუმცა, პაციენტი ვალდებულია ამტკიცოს თავისი აბსოლუტური უფლების ხელყოფით დამდგარი ზიანის ფაქტი, რომელიც გამოიწვია ექიმის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებამ. მტკიცების ტვირთთან დაკავშირებით უზენაესი სასამართლო განმარტავს, რომ „ექიმს ეკისრება იმის მტკიცების ტვირთი, რომ პაციენტს მართლზომიერად და უშეცდომოდ უმკურნალეს, იგი პასუხს აგებს არასწორ მკურნალობასა და მხოლოდ ასეთი მკურნალობის

თანმდევ უარყოფით შედეგზე. ამდენად, ექიმის პასუხისმგებლობის საფუძველი არის არა მკურნალობის უარყოფითი შედეგი, არამედ სამედიცინო მეცნიერების სტანდარტებიდან გადახვევა.“¹⁹²

სამედიცინო დოკუმენტაცია მტკიცებითი პროცესის მნიშვნელოვანი საშუალებაა. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციის არასათანადოდ წარმოება სამედიცინო მომსახურების გამწვევი პირის მიერ ვალდებულების დარღვევად განიხილება. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებისა და სამოქალაქო საპროცესო კოდექსით გათვალისწინებული მტკიცების ტვირთის განაწილების მომწესრიგებელი ნორმებიდან გამომდინარე, მტკიცების ტვირთი ეკისრება სამედიცინო მომსახურების გამწვევ პირს, რომელმაც თავისი ქმედების კანონიერება სწორედ სამედიცინო დოკუმენტაციით უნდა ამტკიცოს.¹⁹³ ამასთან, გერმანულ სამართალში დოკუმენტირება ემსახურება სამედიცინო მომსახურების პროფესიონალურად გაწევას, განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტი სხვა ექიმს მიმართავს მომსახურების მისაღებად და მას აღარ უწევს განმეორებით ჩაატაროს, მაგ., იგივე გამოკვლევები ან გაიმეოროს უკვე განხორციელებული სამედიცინო მომსახურება.¹⁹⁴ ამგვარად, ექიმის მიერ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დოკუმენტირების ვალდებულებას აქვს მხოლოდ სამედიცინო მიზანი და თავიდანვე მიზნად ისახავს არა სავარაუდო პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვისთვის მტკიცებულებების შეგროვების უზრუნველყოფას, არამედ სამედიცინო სფეროს სპეციალისტისთვის ავადმყოფობის მიმდინარეობისა და განხორციელე-

¹⁹⁰ როგორიცაა, დახმარების აღმოჩენის სათანადო პირობების არარსებობა, სამედიცინო დანადგარებით, სამკურნალო პრეპარატებით არასათანადოდ უზრუნველყოფა. იხ. *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 128.

¹⁹¹ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი

პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 185, 190.

¹⁹² საქმე Nას-38-2021, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2021 წლის 18 მაისის გადაწყვეტილება, იხ. 23-ე პუნქტი.

¹⁹³ *კვანტალიანი ნ.*, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 185, 183.

¹⁹⁴ *Wagner*; *MüKo/BGB*, 8. Aufl., 2020, *BGB* § 630f, Rn. 3.

ბული სამედიცინო ღონისძიებების გამჭირვალობის უზრუნველყოფას.¹⁹⁵

როგორც უკვე აღინიშნა, სამედიცინო მომსახურების გამწევის ბრალი გაუფრთხილებლობითი ფორმით ვლინდება. სამედიცინო სფეროს სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, ივარაუდება, რომ ექიმს პაციენტის გამოჯანმრთელება სურს და განზრახვა პრაქტიკულად გამორიცხება. ქართული კანონმდებლობა არ იცნობს არც გაუფრთხილებლობის განმარტებას და არც მის დაყოფას უხეშ და მარტივ გაუფრთხილებლობად. შესაბამისად, იურიდიულ ლიტერატურაში ჩამოყალიბებულ ერთიან აზრს ეყრდნობიან, რომლის მიხედვით გაუფრთხილებელი ბრალი სახეზეა, როცა პირი შეგნებულად არ მოქმედებს, მაგრამ საკმარისი ზომით თავის ძალებსა და უნარს არ იყენებს, უყურადღებობასა და წინდაუხედაობას ავლენს.¹⁹⁶ შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირის ქმედება ბრალეულია, თუ მას რეალური შესაძლებლობა ჰქონდა, რომ პაციენტისთვის მიყენებული ზიანი თავიდან აეცილებინა, მაგრამ სათანადო ყურადღების, მზრუნველობისა და წინდაუხედაობის გამო ეს ვერ მოახერხა.

დაზარალებულის თანაბრალეულობის საკითხს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგანაც ზიანის მიმყენებლის პასუხისმგებლობის მოცულობა დაზარალებულის ბრალის მოცულობის შესაბამისად მცირდება. შესაბამისად, რაც დაზარალებულის ბრალითაა გამოწვეული, იმის ანაზღაურების ვალდებულება არ შეიძლება სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირს დაეკისროს.¹⁹⁷ სასამართლო პრაქტიკიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირისთვის დაკისრებისას გასათვალისწინებელია პაციენტის ყველა ქცევა, რომელიც სამედიცინო პერსონალის რჩევებს არ შეესაბამება, თუ წარმოშობი-

ლი ზიანი პაციენტის ქცევასთან მიზეზობრივ კავშირშია.¹⁹⁸

IV. დასკვნა

სამედიცინო სფეროს სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, პაციენტისთვის, როგორც დაცვის უფრო მეტად საჭიროების მქონე პირისთვის, გარანტირებული უნდა იყოს სწორი სამედიცინო მომსახურების მიღება. ეროვნული კანონმდებლობით, სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული საკითხები სხვადასხვა სამართლებრივი აქტით წესრიგდება, თუმცა პრაქტიკული თვალსაზრისით, არასისტემატიზებული მოწესრიგება მთელ რიგ პრობლემებს წარმოშობს. ამიტომაც სასურველია მათი თანმიმდევრული დახვეწა და სისტემატიზაცია.

სამოქალაქო კოდექსში სამედიცინო ხელშეკრულების არარსებობის პირობებში პაციენტისთვის ბუნდოვანია რა შემთხვევებში შეუძლია მოითხოვოს ექიმისგან ზიანის ანაზღაურება და რა ფარგლებში აწევს მას მტკიცების ტვირთი. ამიტომაც, გერმანული სამართლის მსგავსად, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების კოდიფიცირება, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება შესაბამისი მტკიცების ტვირთის სპეციალური მოწესრიგების საკითხი, მნიშვნელოვანწილად უზრუნველყოფს, ერთი მხრივ, ექიმის სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობის ფარგლების დადგენას და პაციენტის უფლებების დაკონკრეტებას, მეორე მხრივ კი, თავიდან იქნება აცილებული სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ქართულ რეალობაში არსებული პრაქტიკა სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებაში სტანდარტული პირობებით მათი პასუხისმგებლობის შეზღუდვის შესახებ. ამასთან, ზემოაღნიშნული ხელს შეუწყობს სამედიცინო სამართლის, როგორც სამართლის დამოუკიდებ-

¹⁹⁵ Bergmann, Wever, Die Arzthaftung, Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2014, 147 და მომდევნო გვერდები.

¹⁹⁶ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 185, 195 და მომდევნო გვერდები.

¹⁹⁷ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 196.

¹⁹⁸ კვანტალიანი ნ., პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, 196 და მომდევნო გვერდები.

ბელი დარგის, განვითარებას და ერთგვაროვანი სასამართლო პრაქტიკის ჩამოყალიბებას.

ორივე მართლწესრიგში სახელშეკრულებო მოთხოვნები ექიმის მიმართ პრაქტიკულად მსგავსია. თუმცა, როგორც გერმანული მოწესრიგება, ასევე სასამართლო პრაქტიკა მეტად განვითარებულია და სასურველია გერმანული გამოცდილების გაზიარება.

გერმანული სამართალი როგორც ნარდობის, ასევე მომსახურების ხელშეკრულებას ნორმატიულად აწესრიგებს. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება ცალსახად წარმოადგენს მომსახურების ტიპის და არა ნარდობის ხელშეკრულებას, როგორც ის უზენაესმა სასამართლომ დააკვალიფიცირა¹⁹⁹ და ექიმი იღებს ვალდებულებას უმკურნალოს პაციენტს საექიმო ოსტატობის წესების დაცვით და არ იძლევა მისი გამოჯანმრთელების გარანტიას. შეფასებისას, გაწეულია თუ არა სამედიცინო მომსახურება ჯეროვნად, აღიარებული დარგობრივი სტანდარტის დაცვა ცენტრალურ როლს ასრულებს. ამრიგად, პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების გამწვევ პირს შორის წარმოშობილი ურთიერთობა უნდა დაკვალიფიცირდეს მომსახურების ტიპის ხელშეკრულებად, რაც მოთხოვნის ზუსტი საფუძვლის განსაზღვრის წინაპირობაა, იმისთვის, რომ უშუალოდ მკურნალობის გამწვევ პირს დაეკისროს სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობა მკურნალობის არასწორად წარმართვის გამო.

გერმანულ სამართალში სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება ნორმატიულად აწესრიგებს მკურნალობის გამწვევ პირის რიგ ვალდებულებებს. შესაბამისად, ზიანის ანაზღაურების მოვალეობაც სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების დარღვევის გამო წარმოიშობა. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების საფუძველზე ექიმმა შეპირებული სამედიცინო მომსახურება პირადად უნდა განახორციელოს. თუმცა ეს არ გამორიცხავს მხარეების შესაძლებლობას იმპერატიულ ნორმებთან შესაბამისობის დაცვით კონკრეტული ექიმის არჩევის შესახებ შეთანხ-

მებაზე, რომლის პირობების დარღვევაც ზიანის ანაზღაურების ვალდებულებას წარმოშობს.

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება მოიცავს როგორც ინფორმირების, ისე თანამშრომლობის ვალდებულებას. ამ უკანასკნელმა უნდა უზრუნველყოს მკურნალობის ოპტიმალური შედეგის მიღწევა. თუ ინფორმირების ვალდებულების დარღვევა იმდენად მძიმეა, რომ ის ექიმს არ უნდა დაეშვა, ის იქცევა უხეშ სამედიცინო შეცდომად, ნაკლოვანი ინფორმირების მიზეზობრიობა დამდგარი ზიანისთვის ივარაუდება და პაციენტმა უნდა ამტკიცოს ინფორმირების ვალდებულების დარღვევა. განსხვავებით გერმანული სამართლისგან, რომელიც მკურნალობის გამწვევ პირის პირდაპირ ვალდებულებად ადგენს მკურნალობის ყველა ეტაპზე პაციენტის ინფორმირებას მისთვის მკურნალობისთვის აუცილებელი გარემოებების შესახებ და ექიმსვე აკისრებს ამ ვალდებულების შესრულების მტკიცების ტვირთს, ქართული კანონმდებლობა პაციენტის ინფორმირებას ითვალისწინებს, როგორც პაციენტის უფლებას. მნიშვნელოვანია ამ დანაწესის შემდეგნაირად განმარტება: პაციენტის მოთხოვნის საფუძველზე კლინიკამ უნდა მიაწოდოს მას მის ხელთ არსებული სრული სამედიცინო ინფორმაცია. ამასთანავე, შესაძლოა პაციენტს, ჰუმანურობის პრინციპიდან გამომდინარე, სრული ინფორმაციის მიღების უფლება კანონით გათვალისწინებულ შემთხვევებში სამედიცინო ეთიკის კომისიის გადაწყვეტილების საფუძველზე შეეზღუდოს. ანალოგიური მოწესრიგება არსებობს გერმანულ სამართალშიც, თუმცა შედარებით დაზუსტებული, კერძოდ, გამონაკლისი დასაშვებია ზუსტად გაწერილი განსაკუთრებული გარემოებების არსებობისას: გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევისას ან პაციენტის მიერ ნათლად გაცხადებული ინფორმაციის მიღებაზე უარის თქმის დროს.

ექიმის მიერ პაციენტისთვის ახსნა-განმარტების გაწევის ვალდებულება მჭიდრო კავშირშია პაციენტისგან თანხმობის გამოთხოვის ვალდებულებასთან, რომელიც მიზნად ისახავს

¹⁹⁹ აღნიშნული განხილულია დეტალურად ნაშრომის მე-9 და მომდევნო სქოლიოში.

პაციენტის კონსტიტუციურად გარანტირებული თვითგამორკვევის უფლების დაცვას, რადგანაც ინფორმირებულ პაციენტს უკეთ შეუძლია მიიღოს გადაწყვეტილება კონკრეტულ სამედიცინო ჩარევაზე. აღნიშნული ვალდებულებების ჯეროვნად შესრულების მტკიცების ტვირთი აწევს ექიმს. ექიმმა უნდა ამტკიცოს ასევე პაციენტის მიერ ჰიპოთეტური თანხმობის გაცემა, პაციენტმა კი უნდა ამტკიცოს მიზეზობრივი კავშირი ახსნა-განმარტების სიმცდარისას დამდგარი ზიანის მიმართ. ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში ნათლად არის მითითებული პაციენტის თანხმობის აუცილებლობის თვალსაზრისით ექიმის ვალდებულებაზე, - ყველა შემთხვევაში გააფრთხილოს პაციენტი მკურნალობასთან დაკავშირებულ სავარაუდო რისკებზე და ამ ვალდებულების შეუსრულებლობას სასამართლო აკვალიფიცირებს როგორც სამედიცინო დაუდევრობას. თუმცა, მტკიცების ტვირთს ინფორმაციისა და განმარტების ვალდებულების სრულფასოვან შესრულებაზე აკისრებს კლინიკას მაშინ, როცა გერმანული მოწესრიგება ინფორმირების ვალდებულების დარღვევას თვლის ექიმის პირდაპირ გათვალისწინებული მოვალეობის შეუსრულებლობად და აყენებს ექიმის სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობას. აღსანიშნავია, რომ მცდარი ახსნა-განმარტების მიცემის ან ახსნა-განმარტების გაუწევლობის შემთხვევაში, სამედიცინო ჩარევისთვის აუცილებელი პაციენტის თანხმობა ბათილია და ამგვარი სამედიცინო ჩარევა წარმოადგენს სხეულის მართლსაწინააღმდეგო დაზიანებას, რაც შესაბამის პასუხისმგებლობას იწვევს. პაციენტისთვის ახსნა-განმარტების მიცემა შეიძლება შეიზღუდოს კონკრეტული საფუძვლებით, როგორებიცაა: ფსიქიკური დატვირთვა, რისკის ამაღლება ახსნა-განმარტების გამო, საფრთხის შექმნა მესამე პირთათვის, გადაუდებელი ღონისძიების ჩატარებაზე უარის თქმა.

გერმანული იურიდიული დოქტრინის მიხედვით, სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება თავიდანვე მიზნად ისახავს არა სავარაუდო პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვისთვის მტკიცებულებების შეგროვების უზრუნველყოფას, არამედ სამედიცინო სფეროს სპეციალისტის-

ვის ავადმყოფობის მიმდინარეობისა და განხორციელებული სამედიცინო ღონისძიებების გამჭვირვალობის უზრუნველყოფას. ქართულ რეალობაში კი სამედიცინო დოკუმენტაცია მტკიცებითი პროცესის მნიშვნელოვანი საშუალებაა, რომლითაც ექიმი ამტკიცებს თავისი ქმედების კანონიერებას.

ამრიგად, გერმანულ კანონმდებლობაში პაციენტის სახელშეკრულებო მოთხოვნები ექიმის მიმართ განისაზღვრება 280 I 1, 630h პარაგრაფების საფუძველზე. პაციენტს აწევს როგორც ვალდებულების დარღვევის, ზიანის, ასევე საექიმო სამედიცინო შეცდომისთვის პასუხისმგებლობის წარმომშობი მიზეზობრიობის მტკიცების ტვირთი. მტკიცების ტვირთის შესახებ სპეციალური მოწესრიგების ფუნქცია პაციენტისთვის მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებაში გამოიხატება: პაციენტის თანხმობის მოსაპოვებლად და ახსნა-განმარტების მისაცემად დადგენილი მტკიცების ტვირთი ბრუნდება პაციენტის სასიკეთოდ. სამედიცინო ჩანაწერის არარსებობა ქმნის ვარაუდს, რომ ეს ღონისძიებები არც განხორციელებულა და ექიმს ეკისრება მტკიცების ტვირთი, ხოლო მკურნალობის გამწევი პირის ნაკლოვანი კვალიფიკაცია ადგენს ვარაუდს, რომ ჯანმრთელობის დაზიანება არასაკმარისმა კვალიფიკაციამ გამოიწვია. ექიმმა უნდა ამტკიცოს უხეში სამედიცინო შეცდომის არარსებობა, სრულად კონტროლირებად რისკებთან კი კლინიკას აწევს მტკიცების ტვირთი.

პაციენტის ჯანმრთელობაზე ყოველი რისკის გამორიცხვას გერმანიის უზენაესი ფედერალური სასამართლო უკავშირებს კლინიკის გულმოდგინე ორგანიზებისა და პერსონალის შესაბამის ქცევას - პერსონალის პასუხისმგებლობა დგება საავადმყოფოს ორგანიზაციულ სფეროში ობიექტურად მცდარი მდგომარეობის დადგენისას. სრულად კონტროლირებადი რისკი სახეზეა, როცა ზიანის მიზეზი ექიმის/კლინიკის ორგანიზაციის სფეროშია, ანუ გამოირიცხება, რომ პაციენტს გულმოდგინე მომსახურებისას ზიანი მისდგომოდა. ამგვარად, სრულად კონტროლირებად რისკებთან მტკიცების ტვირთი ობიექტური მოვალეობის დარღვევისთვის პერსონალის და კლინიკის მიმართ ბრუნდება გსკ-

ის 280 I 1 პარაგრაფის საწინააღმდეგოდ და კლინიკამ უნდა ამტკიცოს, რომ შეცდომა არ დაუშვია, თუ პაციენტს ზიანი საავადმყოფოს ორგანიზაციის სფეროში მიაღება. ამასთან, მტკიცების ტვირთის შებრუნება გამოირიცხება თუ ზიანი შესაძლოა ჯეროვანი ქცევის დროსაც დამდგარიყო ორგანიზმის სპეციფიკიდან გამომდინარე. კონკრეტული რისკის დადგომისას უნდა განისაზღვროს იმ მოვალეობათა წრე, რომელთა შესრულებაზე შედეგობრივად პასუხისმგებელი არის ექიმი თუ კლინიკა.

უზენაესი ფედერალური სასამართლო უხეშ შეცდომად მიიჩნევს ისეთ სამედიცინო შეცდომას, რომელიც „ობიექტური საექიმო ხედვიდან გამომდინარე, ექიმისთვის მოქმედი განათლებისა და ცოდნის მასშტაბზე დაყრდნობით გაუგებარია და არ არის პასუხისმგებელიანი, რადგანაც ამგვარი თვალთახედვის გათვალისწინებით მკურნალმა ექიმმა აბსოლუტურად არ უნდა დაუშვას ამგვარი შეცდომა.“ უხეში სამედიცინო შეცდომის დროს მტკიცების შემსუბუქება მიზეზობრიობის დასასაბუთებლად მოქმედებს პაციენტის სასარგებლოდ: ექიმმა უნდა ამტკიცოს, რომ ზიანი დადგებოდა მაშინაც, ჯეროვანი შესრულება რომ მომხდარიყო. სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, თანამიზეზობრიობა საკმარისია, რომ დამზიანებელს შეერაცხოს მთლიანი ზიანი, მაშინაც, როცა არ დგინდება, რომ ის მხოლოდ ზიანის გამოცალკევებული ნაწილისთვის იყო კაუზალური. ამასთან, უხეშ სამედიცინო ქცევად ფასდება შემთხვევა, როცა ირღვევა ელემენტარული სამედიცინო მომსახურების სტანდარტი ან ელემენტარული სამედიცინო პრინციპები და გამოცდილება. ასევე, დიაგნოზში შეცდომა, ჩატარებული გამოკვლევების მცდარად ინტერპრეტირების თვალსაზრისით, უხეშ შეცდომად ითვლება მხოლოდ მას შემდეგ, როცა საქმე ეხება ფუნდამენტურ გაუგებრობას.

უზენაესი ფედერალური სასამართლოს პრაქტიკის მიხედვით, გამოკვლევების ჩატარების უხეში შეცდომა იწვევს მტკიცების ტვირთის შებრუნებას იმისგან დამოუკიდებლად, ჩაუტარებელი გამოკვლევის გამო ასევე საჭირო თერაპია იქნა თუ არა ჩატარებული. სასამართლო

ეთანხმება მტკიცების ტვირთის შებრუნებას ასევე გამოკვლევების ჩატარებისას მარტივი შეცდომის შემთხვევაშიც, კერძოდ, როცა „სიმპტომების საჭიროებისამებრი დაზუსტება საკმარისი ალბათობით მკაფიო და მნიშვნელოვანი გამოკვლევის შედეგს დააყენებდა, რომლის ფუნდამენტურად არასწორი შეფასება ან რეაგირების არმოხდენა წარმოშობს უხეშ შეცდომას და ეს შეცდომა ზოგადად გამოიწვევდა ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენებას.“ დადგენილი გამოკვლევების ჩატარების მარტივ შეცდომასა და ჰიპოთეტურ სამედიცინო შეცდომას შორის მიზეზობრიობის არსებობისთვის საკმარისია პაციენტმა დაამტკიცოს, რომ გამოკვლევა „საკმარისი ალბათობით“ ისეთ შედეგს მოიტანდა, რომ გახდებოდა შემდგომი ღონისძიებების განხორციელების მიზეზი, რომლის განუხორციელებლობაც, თავის მხრივ, უხეში შეცდომა იქნებოდა.

ქართულ სამართალში სამედიცინო დახმარების გამწვევი პირების სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობის განსაზღვრის ნორმატიული საფუძველია სახელშეკრულებო ზიანის ანაზღაურების ნორმები (სსკ-ის 394 I). ექიმი მაშინაა სახელშეკრულებო ურთიერთობის მხარე, როცა დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას ეწევა. კლინიკაში მომსახურების მიღებისას კი ექიმები გამოდიან კლინიკის დამხმარეებად და კლინიკა წარმოადგენს მხარეს. მისი პასუხისმგებლობის საკითხი უნდა გადაწყდეს სსკ-ის 37 I, 396 მუხლებიდან გამომდინარე, თუმცა ეს არ გამოირიცხავს პასუხისმგებლობის განსაზღვრას სსკ-ს 997-ე მუხლის მიხედვით. ამასთან, კლინიკას მომსახურების გაწევასთან ერთად აკისრია ე.წ. ორგანიზაციული ვალდებულებები სახელშეკრულებო ვალდებულებების სახით, როგორც დამცავი ვალდებულებები სსკ-ის 316 II მუხლის გაგებით. ყველა აღნიშნულ შემთხვევაში ექიმმა შეიძლება დაარღვიოს ნაკისრი ვალდებულებები და ამგვარად მას შეერაცხოს ხელშეკრულების დარღვევა.

გერმანულ სამართალში პაციენტმა უნდა ამტკიცოს ვალდებულების დარღვევა, ქართული დადგენილი სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით კი, ექიმმა უნდა ამტკიცოს უშეცდომო სამე-

დიცინო მომსახურების გაწევა დარგობრივი სტანდარტით. ხოლო სამედიცინო დაწესებულებას აწევს არაბრალეულობის მტკიცების ტვირთი. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების გაწევისას პერსონალის არამართლზომიერი მოქმედების გამო კლინიკა პასუხს აგებს მიუხედავად იმისა, მას მიუძღვის თუ არა ბრალი. პაციენტმა კი არ უნდა ამტკიცოს ექიმისა თუ სამედიცინო დაწესებულების ბრალი, არამედ სსკ-ის 394 II 2 მუხლის მიზნებისთვის ის ივარაუდება და ექიმმა უნდა ამტკიცოს, რომ მას არ დაუზღვევია აღნიშნული სტანდარტი და არ დაუშვია მკურნალობისას შეცდომა. ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობა წარმოიშობა გაუფრთხილებლობის შემთხვევაში, თუ დამდგარი ზიანი უშუალოდ ამ ქმედების შედეგს წარმოადგენს; ამასთან, სახელშეკრულებო ვალდებულებების ფორმულირების მასშტაბად უნდა იყოს გამოყენებული „უმაღლესი გულისხმიერების“ უგულებელყოფა, ბრალის საკითხის მიმართ კი გამოყენებულ უნდა იქნეს შედარებით შემცირებული, სიტუაციასა და სამოქალაქო ბრუნვას მორგებული მასშტაბი.

გერმანულ სამართალში, დელიქტურ სამართლებრივად ყოველი სამედიცინო ჩარევა წარმოადგენს სხეულებრივი მთლიანობის დარღვევას ან/და ჯანმრთელობის დაზიანებას გსკ-ის 823 I პარაგრაფის გაგებით, ე.წ. კონკრეტული დათქმა, რომელიც ითვალისწინებს პირის სიცოცხლის, სხეულის, ჯანმრთელობის დაცვას. ამრიგად, დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძველი სახეზეა თუ ექიმის მიერ გულმოდგინეობის დარღვევის გზით მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული ქმედება გამოიწვევს ჯანმრთელობის ხელყოფას ან სხეულებრივი მთლიანობის დარღვევას. ამასთან, პაციენტის თანხმობა მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველი გარემოებაა, რომლის არსებობის მტკიცების ტვირთი ექიმს აწევს, ისევე, როგორც შესაბამისი ახსნა-განმარტების გაცემის მტკიცების ტვირთი.

ნაციონალური კანონმდებლობა პაციენტს უფლებას ანიჭებს დელიქტური წესით მოითხოვოს როგორც მორალური, ასევე მატერიალური ზიანის ანაზღაურება სამედიცინო დაწესებულებ-

აში მომსახურების მიღებისას სსკ-ის 1007-ე მუხლით, რომელიც ითვალისწინებს სსკ-ის 992-ე მუხლით განსაზღვრული წინაპირობების არსებობას. ამასთან, დელიქტურ პასუხისმგებლობას, როგორც წესი, საფუძვლად უდევს არა სახელშეკრულებო პირობათა დარღვევა, არამედ ჯანმრთელობაზე მართლსაწინააღმდეგო ქმედებით პირის აბსოლუტური უფლების ხელყოფა. უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, „მართლსაწინააღმდეგო ქმედებად მიიჩნევა სამედიცინო დაწესებულების მიერ არასწორად განხორციელებული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, რამაც გამოიწვია ზიანი.“ ამასთან, „სამედიცინო მუშაკის ქცევის, როგორც მართლსაწინააღმდეგო ქცევის კვალიფიკაციისას, აუცილებელია არასათანადო სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ფაქტის დადგენა. ზიანის მიმყენებლის მართლსაწინააღმდეგო ქმედება მოიცავს არა მარტო მის აქტიურ მოქმედებებს, არამედ უმოქმედობასაც.“

ზიანი, როგორც წესი, გამოწვეულია მკურნალობის უშუალოდ გამწევი პირის - ექიმის ან ექთნის მიერ, განსაკუთრებით სამედიცინო მომსახურების კლინიკაში მიღებისას. შესაბამისად, ამგვარ დავებზე მოპასუხე სამედიცინო დაწესებულებაა. ამრიგად, პასუხისმგებლობის საკითხის გადაწყვეტისას მნიშვნელოვანია მკურნალობის გამწევი პირის (მცდარი სამედიცინო) მართლსაწინააღმდეგო ქმედების დადგენა და თუ დადგინდება, რომ სამედიცინო პერსონალის მართლსაწინააღმდეგო მოქმედებით დადგა ზიანი, სამედიცინო დაწესებულება პასუხს აგებს თავისი მუშაკის არამართლზომიერი მოქმედების გამო, მიუხედავად იმისა, სამედიცინო დაწესებულებას მიუძღვის ბრალი თუ არა.

სასამართლო მიზეზობრიობის დადგენისას უმეტესწილად სამედიცინო ექსპერტიზას ეყრდნობა. ამასთან, მკურნალობისას დაშვებულ შეცდომებს უკავშირებს მიზეზობრივი კავშირის დადგენას მცდარ სამედიცინო მოქმედებასა და პირისათვის მიყენებულ ზიანს შორის. სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის შემთხვევაში მტკიცების ტვირთის კონტექსტში ცალსახად უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტმა უნ-

და ატაროს როგორც ზიანის არსებობის, ისე მიზეზობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთი.

სსკ-ის 1007-ე მუხლით, ზიანის მიმყენებელი პირის ბრალეულობის პრეზუმფცია მოქმედებს და უზენაესი სასამართლო ექიმს აკისრებს პაციენტის მართლზომიერად და უშეცდომოდ მკურნალობის მტკიცების ტვირთს. თუმცა, პაციენტი ვალდებულია ამტკიცოს თავისი აბსოლუტური უფლების ხელყოფით დამდგარი ზიანის ფაქტი, რომელიც გამოიწვია ექიმის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებამ. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმის მიერ პაციენტის სხეულებრივ მთლიანობაში ჩარევა ხდება, ჩვეულებრივ სახეზე არ არის ექიმის მიერ პაციენტის ჯანმრთელობის თუ სხეულის განზრახ დაზიანება და პასუხისმგებლობის დაკისრებისთვის საკმარისი უნდა იყოს გაუფრთხილებლობის დადგენა. უზენაესი სასამართლოს განმარტების მიხედვით, „... საკმარისია დადგინდეს ექიმის გაუფრთხილებლობა, რაც გულისხმობს მის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების აუცილებელი გულისხმიერებისა და ყურადღების გარეშე განხორციელებას. გულისხმიერება და ყურადღებიანობა გამოიხატება ექიმის მიერ საჭირო სამედიცინო მოქმედებების ზედმიწევნით ხარისხიანად, აღიარებული სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად შესრულებაში.“ ქართული კანონმდებლობა არ იცნობს არც გაუფრთხილებლობის განმარტებას და არც მის დაყოფას უხეშ და მარტივ გაუფრთხილებლობად. შესაბამისად, იურიდიულ ლიტერატურაში ჩამოყალიბებულ ერთიან

აზრს ეყრდნობიან, რომლის მიხედვით გაუფრთხილებელი ბრალი სახეზეა, როცა პირი შეგნებულად არ მოქმედებს, მაგრამ საკმარისი ზომით თავის ძალებსა და უნარს არ იყენებს, უყურადღებობასა და წინდაუხედაობას ავლენს. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების გამწევი პირის ქმედება ბრალეულია, თუ მას რეალური შესაძლებლობა ჰქონდა, რომ პაციენტისთვის მიყენებული ზიანი თავიდან აეცილებინა, მაგრამ სათანადო ყურადღების, მზრუნველობისა და წინდაუხედაობის გამო ეს ვერ მოახერხა.

იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მცდარი ქმედება გამოირიცხება და დადგინდება, რომ ზიანი გამოიწვია კლინიკის ორგანიზაციული სფეროდან მომდინარე გარემოებამ, ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება დაეკისრება სამედიცინო დაწესებულებას. ამრიგად, კლინიკა პასუხს აგებს თავისი პერსონალის ქმედებისთვის მისი ბრალის მიუხედავად, ისევე, როგორც კლინიკის ორგანიზაციული სფეროდან მომდინარე გარემოებებით დამდგარი ზიანისთვის. ამასთან, სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის დაკისრებისთვის საკმარისია დადგინდეს მკურნალობის გამწევი პირის გაუფრთხილებლობა, რაც უნდა შეფასდეს იმის გათვალისწინებით, თუ როგორ მოიქცეოდა კონკრეტულ შემთხვევაში გულისხმიერი ექიმი. ამასთან, დაზარალებულის თანაბრალეულობის საკითხს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგანაც ზიანის მიმყენებლის პასუხისმგებლობის მოცულობა დაზარალებულის ბრალის მოცულობის შესაბამისად მცირდება.

მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა საქართველოში

თამთა ანთია

თსუ-ის დოქტორანტი, ადვოკატი

I. შესავალი

ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა დემოკრატიული და სამართლებრივი სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა. ნებისმიერ ქვეყანას, რომელსაც ამ ღირებულებებზე აქვს პრეტენზია, საჯარო მმართველობის ერთ-ერთ ძირითად საკითხად გამოყოფილი აქვს როგორც საზოგადოებრივი, ასევე, ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა. ცდილობს შესაბამისი რესურსების მობილიზებას, რათა შედეგად მიიღოს ჯანდაცვის სწორი მენეჯმენტი. იქიდან გამომდინარე, რომ საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის გაცხადებულ მიზანს¹ წარმოადგენს იყოს სოციალური და სამართლებრივი სახელმწიფო, როგორც განვითარებად ქვეყანას, პერმანენტულ რეჟიმში უწევს მოცემულ საკითხზე მუშაობა და თვითდახვეწა.

საქართველოს კონსტიტუციის 28-ე მუხლი ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლების სახით განამტკიცებს ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას და უთითებს, რომ მოქალაქის უფლება ხელმისაწვდომ და ხარისხიან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე უზრუნველყოფილია კანონით. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, არეგული-

რებს ფარმაცევტულ წარმოებას და ფარმაცევტული საშუალებების მიმოქცევას. შესაბამისად, სახელმწიფოს თავისი მმართველობის ქვეშ აქვს მოქცეული ეს უმნიშვნელოვანესი, სასიცოცხლო დატვირთვის მქონე დარგი და მისდამი დაკისრებულ არსებით ფუნქციებს აღმასრულებელი ხელისუფლების შესაბამისი რგოლების მეშვეობით ახორციელებს.

როდესაც საკითხი ეხება ადამიანის ჯანმრთელობას, განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა/უნდა დაეთმოს სწორედ საჭირო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას. ამ სფეროში სახელმწიფოს აკისრია წამყვანი როლი და მისი ვალდებულებები ეფექტურად უნდა სრულდებოდეს. ამასთან, მნიშვნელობა არა აქვს როგორი მენეჯმენტით განხორციელდება აღნიშნული: სახელმწიფო სრულად თავისი კონტროლს ქვეშ მოაქცევს ჯანდაცვის სისტემას, მაგ. როგორც სინგაპური², თუ კერძო სექტორისადმი მოახდენს რიგი საკითხების დელეგირებას. მთავარია მიზანი იქნას მიღწეული.

თამამად შეგვიძლია ვთქვათ, რომ საქართველოში საკმაოდ პრობლემურია აღნიშნული საკითხი. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მედიკამენტების დიდი ნაწილი საკმაოდ ძვირი ღირს. არაერთი გამოკითხვითა და კვლევით დადასტურებულა, რომ მოსახლეობის უმეტე-

¹ იხ. საქართველოს კონსტიტუციის პრეამბულა

² იხ. Mossialos, Wenzl, Osborn, Sarnak. „2015 International profiles of health care system” - Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore,

Sweden, Switzerland, and the United States. January, 2016. P. 143. ხელმისაწვდომია:

https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2016_jan_1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf, (უკანასკნელად ნანახია: 04.05. 2022).

სობისთვის საჭირო მედიკამენტები (თუნდაც არსებული სახელმწიფო პროგრამების ფონზე) სრულად არ არის ხელმისაწვდომი. თუკი არის შემთხვევები, როცა ადამიანები ახერხებენ მათ შეძენას, ზოგიერთ ოჯახს იგი უჯდება გაღატაკების ფასად, რაც ეწინააღმდეგება ჯანდაცვის პოლიტიკის ფუნდამენტურ პრინციპებს - როცა ჯანდაცვაში გაღებული ხარჯი პირს ალატაკებს, ეს არ არის ჯანდაცვის (მათ შორის, მისი ნაწილის, მედიკამენტების) ხელმისაწვდომობის შემთხვევა. ხელმისაწვდომობა და ღირსეული ყოფა კუმულატიურად უნდა არსებობდეს და არა ალტერნატიულად.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ჯიბიდან გადახდების (2018 წელს 69%) ყველაზე დიდი წილი რეგულარულად მოდის მედიკამენტებზე, მას მოსდევს სტაციონარული (14%) და ამბულატორიული მომსახურება (11%).³

ცხადია, რიგი ფაქტობრივ-სამართლებრივი გარემოებები კუმულატიურად იწვევენ მედიკამენტების მაღალ ფასს. ამასთან, არსებითია სფეროს მომწესრიგებელი კანონმდებლობის სრულყოფის საკითხი, რადგან სწორედ მას უკავშირდება ფარმაცევტული პოლიტიკის რეგულირების ნორმატიული ხარვეზები, რომლებიც პრაქტიკაში ვლინდება წამლების არარაციონალური მოხმარებისა თუ ფასების პერმანენტული ზრდის სახით.

აღნიშნული სტატიის მიზანია, გამოკვეთოს კონკრეტულად რა კომპონენტებს მოიცავს მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, როგორი ვითარებაა ამ თვალსაზრისით საქართველოში და რა წარმოადგენს მის გამომწვევ მიზეზ(ებ)ს, ასევე რაში შეიძლება მდგომარეობდეს გამოსავალი.

II. მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის კომპონენტები, საქართველოში არსებული ფაქტობრივი მდგომარეობა

ზოგადად, ფარმაცევტული ბიზნესი, როგორც ბიზნესის ცალკეული სფერო და ადმინისტრაციული სამართლის რეგულირების ობიექტი, შეიძლება ითქვას, აღმოცენდა საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ, როდესაც გაუქმდა ცენტრალიზებული ფარმაცევტული მომარაგების მოდელი, სახელმწიფო კი დადგა დარგის რეგულირების აუცილებლობის წინაშე. აღნიშნული ვალდებულების რეალიზების ერთ-ერთი პირველი მაგალითი იყო 1997 წელს „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ კანონის მიღება, რომელშიც რამდენიმე ათეული ცვლილებაა შესული, თუმცა ყველაზე მნიშვნელოვნად მაინც 2009 წელს განხორციელებული შეიძლება ჩაითვალოს, რადგან მისი მეშვეობით გამარტივდა იმპორტის მექანიზმი, რაც პირდაპირპროპორციულად აისახა ხელმისაწვდომობის მასშტაბზე. სწორედ ამ საკანონმდებლო აქტიდანვე⁴ შეგვიძლია გამოვკვეთოთ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ცნებაში მოსაზრებელი რამდენიმე კომპონენტი, კერძოდ: ა) ფინანსური ხელმისაწვდომობა; ბ) ფიზიკური ხელმისაწვდომობა და გ) ხარისხი. თითოეულ მათგანს აქვს ლოგიკური დატვირთვა და მხოლოდ მათი კუმულატიური არსებობისას ვადგენთ, რომ ამა თუ იმ სახელმწიფოში მედიკამენტები არის ხელმისაწვდომი. პირს უნდა შეეძლოს შეიძინოს მხოლოდ და მხოლოდ ხარისხიანი წამალი გეოგრაფიულად გონივრული არეალის ფარგლებში, ოპტიმალურ ფასად. ხარისხის გარეშე ხელმისაწვდომობა კი, როგორც ინსტიტუცია, ფიზიკურად ვერ იარსებებს. ნორმატიულ დონეზე სწორედ ამგვარია ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკაც, რომელიც ითვალისწინებს ეფექტიანი, უსა-

³ გოგინაშვილი, ნადარეიშვილი, Habicht, „რამდენად შეუძლიათ ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? ახალი მტკიცებულება საქართველოში ფინანსური დაცვის შესახებ“, კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონული ოფისი, 2021, გვ.14. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ხელმისაწვდომია:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342814/WHO-EURO-2021-2532-42288-58479-geo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, (უკანასკნელად ნანახია: 11.05.2022).

⁴ ნორმათა განმარტების სისტემური, გრამატიკული თუ ტელეოლოგიური მეთოდით.

ფრთხი და ხარისხიანი ფარმაცევტული პროდუქტის არსებობას საქართველოს ბაზარზე.⁵ ლოგიკურია, რომ ამ სახის პროდუქციით დროული მკურნალობა შეამცირებს ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების საჭიროებას, რაც კვლავ ქვეყნის ჯანდაცვის ბიუჯეტს წაადგება.

1. ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა

ჯერ კიდევ 2011 წელს „საერთაშორისო ფონდ კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით,⁶ სხვა ქვეყნებთან შედარებით, საქართველოში მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა ზოგადად იყო დაბალი. განსაკუთრებით საყურადღებოდ იქნა მიჩნეული, რომ მედიკამენტებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა არათანაბარი იყო ქვეყნის რეგიონების მიხედვით, რაც ალბათ ამ რეგიონების განსხვავებული ეკონომიკური მდგომარეობით, და აქედან გამომდინარე, მოსახლეობის განსხვავებული შემსყიდველუნარიანობით შეიძლებოდა ახსნილიყო. ფიზიკური ხელმისაწვდომობა განსხვავდებოდა სხვადასხვა ტიპის აფთიაქებშიც. წამყვანი ფარმაცევტული კომპანიების საცალო ობიექტებში ყველაზე მაღალი ხელმისაწვდომობა ფიქსირდებოდა, მაშინ, როდესაც დამოუკიდებელ აფთიაქებში-ყველაზე დაბალი იყო. კვლევის ავტორთა მოსაზრებით, აფთიაქებს შორის ამგვარი სხვაობა საქართველოს ფარმაცევტული ბაზრის სტრუქტურულ მახასიათებლებში (იმპორტის, საბითუმო ვაჭრობისა და დისტრიბუციის ოლიგოპოლიური ხასიათი) უნდა გვეძებნა. კვლევიდან გამომდინარე, ფაქტი იყო, რომ დამოუკიდებელ აფთიაქებთან შედარებით, წამყვანი კომპანიების ქსელის მედიკა-

მენტებით უკეთესი უზრუნველყოფა კონკურენტულ გეოგრაფიულ ბაზარზე მათ გაცილებით დიდ უპირატესობას ანიჭებდა. ამასთან, ფარმაცევტული ბაზარი გაჯერებული იყო ორიგინალი ბრენდებით, ვიდრე გენერიკული დასახელების მედიკამენტებით, ეს უკანასკნელი, ორიგინალი ბრენდის ექვივალენტი და მათზე ორ-ნახევარჯერ იაფი პრეპარატები კი, განურჩევლად გეოგრაფიული მდებარეობისა და აფთიაქის ტიპისა, იშვიათად მოიძებნებოდა სააფთიაქო ქსელში. 2011 წლის მონაცემებით, საქართველოში მედიკამენტების საცალო ფასი უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ევროპის ქვეყნებში. კვლევის ავტორთა მოსაზრებით, ამგვარი სხვაობის მიზეზი საქართველოს ბაზარზე ფასწარმოქმნის სპეციფიკურობით აიხსნებოდა, კერძოდ, ეკონომიკური საზღვრიდან საცალო ქსელამდე წამლის ფასის საშუალოდ 102%-ით ზრდით, მაშინ, როცა ევროპაში ეს მაჩვენებელი 27-49%-ის ფარგლებში მერყეობდა.⁷ მიუხედავად რიგი ფაქტობრივი თუ სამართლებრივი მოცემულობების შეცვლისა,⁸ აღსანიშნავია, რომ არსებითი ცვლილება დღევანდელი მდგომარეობითაც არ იკვეთება. აღნიშნულის დასტურად თუნდაც ის ფაქტიც კმარა, რომლის მიხედვითაც, ჯიბიდან გადახდების ყველაზე დიდი წილი რეგულარულად მოდის სწორედ მედიკამენტებზე, მაგ. 2018 წელს იყო 69%. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვის სისტემების ფინანსირების ბარსელონას ოფისის მხარდაჭერით ჩატარებულ 2021 წლის კვლევაში, რომელმაც გააანალიზა საქართველოში 2010-დან 2020 წლამდე არსებული მდგომარეობა, მათ შორის სწორედ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ნაწილში, მკაფიო მითითებაა, რომ მედიკამენტებზე გაწული ხარჯები განაპირობებენ კატასტროფულ ხარჯებს.

⁵ „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-2 მუხლი.

⁶ მოიცავდა საქართველოში ლიცენზირებული აფთიაქების 70 %-ს.

⁷ გოცაძე, რუხაძე, ტურძელაძე, „საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა“, 2011; გვ.17, „საერთაშორისო ფონდ კურაციოს“ ვებ. გვერდი. ხელმისაწვდომია: [http://curatiofoundation.org/wp-](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2016/02/172)

[content/uploads/2016/02/172](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2016/02/172). (უკანასკნელად ნანახია: 11.05.2022).

⁸ 2013 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. მის ერთ-ერთ ხარვეზად ითვლება სწორედ ამბულატორიულად მედიკამენტების შეზღუდული დაფინანსება. ამასთან, არსებობს თანაგადახდის სისტემა, მათ შორის ქრონიკული დაავადების მქონე მედიკამენტების ნაწილშიც. ასევე, დადგენილია დაფინანსების ზედა ზღვარი.

მაგ. აღნიშნულის წილი 2011 წელს არსებული 42%-დან 2018 წელს 61%-მდე გაიზარდა.⁹

შესაბამისად, მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში მოქმედებს რიგი ჯანდაცვითი პროგრამები, რომლებსაც ჰყავს შესაბამისი სეგმენტი (ე.წ. „მოცვა“), მაინც სერიოზულ პრობლემად რჩება მედიკამენტებზე როგორც ფინანსური, ასევე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა.

2. მედიკამენტების ხარისხი

რაც შეეხება ხარისხის კომპონენტს, თავად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას საჯაროდ აქვს დეკლარირებული, რომ ხარისხიან მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა არსებით გავლენას ახდენს საზოგადოების ჯანმრთელობა-სა და მასთან დაკავშირებულ ეკონომიკურ ინდიკატორებზე. ამასთან, მზარდია უხარისხო და ფალსიფიცირებული მედიკამენტების ფარმაცევტულ ბაზარზე მოხვედრის შემთხვევები, რომელთა აღმოფხვრაც მის მიერ დასახელებულია მედიკამენტებთან დაკავშირებული გლობალური სტრატეგიის (WHO's global strategy on medicines) ძირეულ საკითხად.¹⁰ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებითვე, უხარისხო მედიკამენტები არა მხოლოდ ჯანმრთელობისთვისაა საშიში, არამედ წარმოადგენს ეკონომიკური სახსრების ფლანგვას, როგორც მთავრობების, ასევე ინდივიდუალური მომხმარებლების მიერ. გრძელვადიან პერსპექტივაში უფრო ძვირი ჯდება შეცდომების პოვნა და გამოსწორება, ვიდრე თავიდანვე მათი არიდება.¹¹ ცხადია, თითოეული სახელმწიფო, რომლისთვისაც მნიშვნელოვანია ზემოხსენებული ფუნქციონირების ღირებულებები, მისთვის ხელსაყ-

რელი-ეფექტური და ეფექტიანი მექანიზმებით ცდილობს უზრუნველყოს თავის ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებული პროდუქციის ხარისხი. მათ შორის არც საქართველოა გამონაღლისი, თუმცა არსებობს რიგი კითხვის ნიშნები.

ა) ხარისხის ცნება და მასთან დაკავშირებული ინსტიტუციები ქართულ კანონმდებლობაში

ქართულ ნორმატიულ რეალობაში, ფარმაცევტული პროდუქტის ხარისხი არის იდენტურობის, რაოდენობრივი შემადგენლობის, სიწმინდის, ქიმიური და ბიოლოგიური კომპონენტების ფარმაცოპიის¹² სტანდარტთან შესაბამისობის მახასიათებელი.¹³

ასევე, საკანონმდებლო სივრცე იცნობს ფარმაცევტული პროდუქტის სერთიფიკატის (CPP) ცნებას, რომელიც მისი ლეგალური დეიფინიციის მიხედვით, განისაზღვრება, როგორც შესაბამისი ქვეყნის ან სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოს მიერ გაცემული ფარმაცევტული პროდუქტის საკუთარ ბაზარზე დაშვების უფლების დამადასტურებელი დოკუმენტი.¹⁴

რაც შეეხება ფარმაცევტული პროდუქტის საქართველოს ბაზარზე დაშვების რეჟიმებს, გამოიყოფა ორი სახე: ა) ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი რეჟიმი, ბ) ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმი. „რომელიმე სახე არ განსაზღვრავს პროდუქციის ხარისხობრივ სხვაობას და არ უთითებს რომელიმე მათგანის უპირატესობაზე“.¹⁵ მთავარია, სა-

⁹ გოგინაშვილი, ნადარეიშვილი, Habicht, „რამდენად შეუძლიათ ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? ახალი მტკიცებულება საქართველოში ფინანსური დაცვის შესახებ“, კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონული ოფისი, 2021, გვ.18,64. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ხელმისაწვდომია: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342814/WHO-EURO-2021-2532-42288-58479-geo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, (უკანასკნელად ნანახია: 11.05.2022).

¹⁰ https://www.who.int/health-topics/medicines#tab=tab_1 (უკანასკნელად ნანახია: 14.05.2022).

¹¹ <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/medicines-good-manufacturing-processes> (უკანასკნელად ნანახია: 17.05.2022).

¹² ფარმაცევტული პროდუქტის ხარისხის განმსაზღვრელი სტანდარტებისა და დებულებების კრებული.

¹³ „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 1¹ მუხლის 25-ე პუნქტი.

¹⁴ „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 1¹ მუხლის 52-ე პუნქტი.

¹⁵ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატის განჩინება №ბს-956 (კ-18), 27.05.2020.

ხელმწიფო ბერკეტები იყოს დეტალიზებული, მოქნილი და ეფექტური.

ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი რეჟიმის გამოყენების საფუძველია სხვა ქვეყნის ან სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოს დიფერენცირება სანდოობის, საკუთარ ბაზრებზე მხოლოდ მაღალი ხარისხის ფარმაცევტული პროდუქტის დაშვების უნარის მიხედვით, ხოლო სხვა ქვეყნის ან სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოს მიერ ფარმაცევტული პროდუქტის მიმართ მის კონტროლს დაქვემდებარებულ ბაზრებზე დაშვებისათვის უსაფრთხოების, ეფექტიანობისა და ხარისხის მოთხოვნებს ცალმხრივად აღიარებს საქართველო და არ ახორციელებს იმავე ან მსგავსი მოთხოვნებისადმი ფარმაცევტული პროდუქტის უსაფრთხოების, ხარისხისა და თერაპიული ეფექტიანობის დადგენის მიზნით განმეორებით ექსპერტიზას.¹⁶

რაც შეეხება ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნულ რეჟიმს, ამ რეჟიმით დაინტერესებული პირი შეიძლება იყოს ფარმაცევტული პროდუქტის მწარმოებელი ან სავაჭრო ლიცენზიის მფლობელი.¹⁷ წარდგენილი სარეგისტრაციო დოკუმენტაციის ადმინისტრაციული ექსპერტიზის შემდგომ, თუ ამ ეტაპმა დადებითად ჩაიარა, სარეგისტრაციო დოკუმენტები შესაბამისი ორგანოს მიერ¹⁸ ექვემდებარება მეცნიერულ - ტექნიკურ ექსპერტიზას ფარმაცევტული პროდუქტის სტანდარტიზაციის, ხარისხის, უსაფრთხოებისა და თერაპიული ეფექტიანობის დადგენის მიზნით.¹⁹

შესაბამისად, ხარისხის კონტროლის ამ და სხვა მექანიზმების მარეგულამენტირებელი მოთხოვნების გათვალისწინებით, შეიძლება ითქვას, რომ დღესდღეისობითაც არსებობს მედი-

კამენტების ხარისხის უზრუნველყოფი რიგი დანაწესები, თუმცა საკითხის სიღრმისეული განალიზებისას, გვერდს ვერ ავუვლით რამდენიმე ძირეულ საკითხს, როგორცაა წარმოადგენს GMP და GDP სტანდარტი. ასევე, მიზანშეწონილია განხილულ იქნას, თუ რას გულისხმობდა შინაარსობრივად 2009 წელს „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში განხორციელებული ცვლილება და რა დატვირთვა აქვს 2022 წელს თურქეთის ბაზრის გახსნას. თითოეული ზემოხსენებული ასპექტი კუმულატიურ კავშირშია მედიკამენტების როგორც ხარისხთან, ასევე ხელმისაწვდომობასთან.

ბ) GMP (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) და GDP (კარგი დისტრიბუციის პრაქტიკის) სტანდარტი

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯერ კიდევ წლების წინ გაცხადდა, რომ ქვეყანაში წარმოებული და იმპორტირებული მედიკამენტების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით იწყებოდა GMP (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) და GDP (კარგი დისტრიბუციის პრაქტიკის) სტანდარტის დანერგვა. GMP-ს საერთაშორისო სტანდარტზე გადასვლა ფარმაცევტული კომპანიების ინტერესების გაზიარების მოტივით (რათა მომზადებულიყვნენ ადეკვატურად) რამდენჯერმე გადაიდო - პირველ შემთხვევაში 2018 წლის 1-ლ იანვრამდე, ხოლო 2019 წლის პირველი ივლისიდან 2022 წლის 1-ლ იანვრამდე დროის მონაკვეთი გარდამავლად განისაზღვრა.

კარგი საწარმოო პრაქტიკის სტანდარტის მიზანია ყველა მედიკამენტი მზადდებოდეს შესაბამის გარემოში, ადეკვატურ პირობებში. ხოლო, კარგი დისტრიბუციის პრაქტიკა უზრუნვე-

¹⁶ „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 11⁴ მუხლი.

¹⁷ „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 11¹¹ მუხლის 1-ლი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი.

¹⁸ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალი კომპეტენტური სამსახური.

¹⁹ „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 11¹¹ მუხლის 1-ლი პუნქტის „ბ“ და „ე“ ქვეპუნქტები.

ლყოფს ინსტრუქციით გათვალისწინებულ პირობებში მათ შენახვასა და ტრანსპორტირებას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მითითებით, GMP-არის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს პროდუქციის თანმიმდევრულ წარმოებას და კონტროლს ხარისხის სტანდარტების შესაბამისად. იგი შექმნილია იმისთვის, რომ მიწოდებამდე დაიყვანოს ნებისმიერი ფარმაცევტული პროდუქციის რისკი, რომელიც არ შეიძლება აღმოიფხვრას საბოლოო პროდუქტის ტესტირებით. მაგ., არასაკმარისი ან ზედმეტი აქტიური ნივთიერების შემცველობა, რაც შეიძლება არაეფექტურობასთან ან ზედმეტი დოზის შემთხვევაში, სავალალო შედეგებთანაც კი ასოცირდებოდეს; არასწორი ეტიკეტირება - როცა ადამიანი შეიძლება იღებდეს სულ სხვა წამალს - შედეგები ზემოხსენებულის ანალოგიურია და ა.შ. GMP მოიცავს წარმოების ყველა ასპექტს (საწყისი მასალები, შენობები, მოწყობილობები, პერსონალის ტრენინგები, მათ შორის ჰიგიენურ ასპექტებზეც კი). პროდუქტის დამზადების ყველა სტადია აღიწერება დოკუმენტურად.²⁰ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის GMP/GDP სტანდარტის დანერგვის სტრატეგია რამდენიმე ეტაპიანია, რომელსაც ქრონოლოგიურად მიჰყვება დამწერგავი ქვეყანა. მათი დანერგვით, საქართველო აღიარებს ფარმაცევტული პროდუქტების ხარისხის კონტროლის მიმართულებით ევროკავშირის სტანდარტებს.²¹ შესაძლებელი ხდება როგორც ქვეყანაში მიმოქცევაში არსებული ფარმაცევტული პროდუქციის მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა, ასევე საქართველოში წარმოებული მედიკამენტების ექსპორტის ზრდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებითვე, თუ მთავრობებს სურთ ხელი შეუწყონ თავიანთი ქვეყნიდან წამლების ექს-

პორტს, აუცილებელია GMP სისტემის დანერგვა და მისი შემოწმებისათვის შესაბამისი ინსპექტორების მომზადება.²² ამასთან, მართალია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას თავად აქვს გაწერილი თუ რას მოიცავს GMP სტანდარტი, თუმცა ბევრმა განვითარებულმა სახელმწიფომ დაამოდიფიცირა კონკრეტული წესები, როცა აღნიშნულ სისტემას ნერგავდა და ისინი კონკრეტული ქვეყნის მახასიათებლებს მოარგო,²³ რაც, აბსოლუტურად, მიზანშეწონილია, რადგან, ზოგადად, უნიკალური რეგულაცია არ არსებობს. ძალიან ბევრი ასპექტია გასათვალისწინებელი, როცა ახალი დანაწესები იწყებს სახელმწიფოში ამოქმედებას.

რაც შეეხება ამ კუთხით ფასების საკითხს, დარგის მარეგულირებელი უწყება პერმანენტულად აცხადებდა/აცხადებს, რომ ზემოხსენებული სტანდარტების შემოღება არ გამოიწვევს მედიკამენტების დეფიციტს ან/და გაძვირებას. ზოგადად, საქართველოს ბაზარზე არსებული წამლების 87% არის იმპორტირებული, 13% ადგილობრივი წარმოებაა.²⁴ ლოგიკურია, რომ იმპორტირებული პროდუქციის დიდი უმრავლესობის მიმართ არსებობდეს მოლოდინი, რომ ისინი აკმაყოფილებენ GMP სტანდარტს, რადგან უმეტეს მათგანში წლებია, დანერგილია მოცემული სტანდარტი, ასევე, საქართველოს ბაზარზეც არსებობს კომპანიები, რომლებსაც აქვთ ხარისხის მდგენელი შესაბამისი სერთიფიკატი, მაგრამ ზემოხსენებული სტანდარტების დანერგვა მაინც არსებითი და გადამწყვეტია. აქ საუბარია მასობრივად ხარისხიან პროდუქციაზე, რადგანაც, დღევანდელი რეგულაციებით, არსებობს შანსები ბაზარზე მოხვდეს შესაბამისი ხარისხის არმქონე მედიკამენტი, რაც ადამიანის ძირითადი უფლებების სფეროში სა-

²⁰ <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/medicines-good-manufacturing-processes> (უკანასკნელად ნანახია: 17.05.2022)

²¹ <https://www.moh.gov.ge/ka/news/3930/medikamentebis-xarixsis-uzrunvelyofis-mizniT-saqarTveloSi-GMP-standarti--inergeba> (უკანასკნელად ნანახია: 14.05.2020).

²² <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/medicines-good-manufacturing-processes> (უკანასკნელად ნანახია: 17.05.2022წ).

²³ <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/medicines-good-manufacturing-processes> (უკანასკნელად ნანახია: 17.05.2022).

²⁴ <https://bm.ge/ka/article/gmpgdp-standartebze-gadasvla-arc-wamlebis-deficits-da-arc-gadzvirebas-ar-gamoiwvevs---saministro-/92014> (უკანასკნელად ნანახია: 14.05.2020).

ხელმწიფოს მიერ ნაკისრი პოზიტიური ვალდებულების არაჯეროვანი შესრულებაა.

სანამ საქართველოში დაინერგება GMP სტანდარტი და სწორედ მის შესაბამისად განხორციელდება ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოება, ამჟამად, ფარმაცევტული პროდუქტის ეროვნული რეჟიმით რეგისტრაციის დროს, რეგისტრაციის განმახორციელებელი ორგანო ვალდებულია, მიიღოს შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული, ფარმაცევტული პროდუქტის საერთაშორისო, რეგიონული და ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტის მიხედვით წარმოების დამადასტურებელი დოკუმენტი. რაც შეეხება საერთაშორისო, რეგიონული და ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტების ნუსხას, რომელთაც აღიარებს საქართველო, ის გამოიყურება შემდეგნაირად: ა) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული GMP-ის სტანდარტი (WHO GMP); ბ) ევროკომისიის მიერ აღიარებული GMP-ის სტანდარტი (European Commission – EC GMP); გ) ამერიკის შეერთებული შტატების საკვებისა და წამლების ადმინისტრაციის მიერ აღიარებული GMP-ის სტანდარტი (Food and Drug Administration – FDA Current GMP); დ) ფარმაცევტულ ინსპექციასთან თანამშრომლობის მიერ აღიარებული GMP-ის სტანდარტი (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme – PIC/S GMP).²⁵

კანონმდებლობით, საქართველოს ნაციონალურ სტანდარტად განისაზღვრა ევროკომისიის მიერ აღიარებული GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტი (European Commission – EC GMP) – საბაზისო სტანდარტები – ფარმაცევ-

ტული პროდუქტებისა და აქტიური ფარმაცევტული ინგრედიენტებისათვის. ასევე, 2022 წლის 1-ლ იანვრამდე გაცემული ფარმაცევტული წარმოების ნებართვის მქონე იურიდიულ პირებს, რომელთა მიმართაც ნებართვა გაიცა იანვარში, თებერვალში, მარტში, აპრილში ან მაისში (ნებართვის გაცემის წლის მიუხედავად), საქართველოს ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტთან შესაბამისობის სერტიფიკატის გარეშე, ეზღუდებოდა საქართველოს ბაზრისთვის განკუთვნილი ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოება 2022 წლის 30 ივნისიდან, ხოლო დანარჩენ თვეებში გაცემული ნებართვების შეზღუდვის ვადად განისაზღვრება იმ თვის ბოლო რიცხვი, რომელ თვეშიც გაიცა ნებართვა.²⁶

ამასთან, დამტკიცებულია GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტის დანერგვის სტრატეგიული გეგმა, რომელის მიხედვითაც პოსტულატურადაა გაწერილი რომელ წელს რა ღონისძიება უნდა განხორციელდეს. მათ შორის, ყველაზე გვიანი პერიოდი - 2025 წელი მითითებულია, როგორც საერთაშორისო ორგანიზაციებში (pharmacopoeia, EDQM OMCL, PIC/S, ICH) გაწევრიანების პროცესის ინიცირების თარიღი.²⁷

რომ შევაჯამოთ, დღევანდელი მოცემულობით,²⁸ საქართველო არ არის გადასული GMP/GDP სტანდარტზე. როგორც აღინიშნა, მისი დანერგვა რამდენჯერმე გადავადდა, ისევ და ისევ იმ მიზეზით, რომ ფარმაცევტული კერძო სექტორი არ გამოთქვამს მზაობას ახალი რეგულიაციების ფარგლებში ფუნქციონირებისთვის. აღნიშნულის მიზეზია ის სოლიდური ფინანსური საჭიროებები, რომლებსაც მოცემული სტანდარტი ითხოვს. ჯერაც გაურკვეველია

²⁵ „ფარმაცევტული წარმოების საერთაშორისო, რეგიონული და ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტების ნუსხის აღიარების და წარმოების ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტის განსაზღვრისა და დანერგვის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 16 ნოემბრის N349 დადგენილების 1¹ მუხლი.

²⁶ „ფარმაცევტული წარმოების საერთაშორისო, რეგიონული და ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტების ნუსხის აღიარების და წარმოების ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტის განსაზღვრისა და დანერგვის შესახებ“ სა-

ქართველოს მთავრობის 2010 წლის 16 ნოემბრის N349 დადგენილებით დამტკიცებული N2 დანართის 4¹ მუხლი.

²⁷ „ფარმაცევტული წარმოების საერთაშორისო, რეგიონული და ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტების ნუსხის აღიარების და წარმოების ნაციონალური GMP-ის (კარგი საწარმოო პრაქტიკის) სტანდარტის განსაზღვრისა და დანერგვის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 16 ნოემბრის N349 დადგენილებით დამტკიცებული N3 დანართი.

²⁸ 2022 წლის 21 მაისი.

2022 წელს მაინც ამოქმედდება თუ არა ეს უკანასკნელი. შესაძლოა კვლავაც ვიხილოთ მისი გადავადება, თუკი ჯანდაცვის პოლიტიკის მესვეურები, ისევ გაითვალისწინებენ კერძო სექტორის თხოვნას. აღნიშნულ ვითარებას რაც შეეხება, ცხადია, ყოველთვის უნდა იქნას ბალანსი დაცული სახელმწიფოებრივ სურვილსა და შესაძლებლობას შორის. თუ კერძო სექტორს იმგვარ ვალდებულებებს დავაკისრებთ, რაც წინასწარვე ცნობილია, რომ ვერ შესრულდება, ეს მხოლოდ და მხოლოდ დარგს დააზარალებს. ამასთან, იდენტური სამართლებრივი ღირებულებაა ხარისხის ფაქტორიც, რომელიც სასიცოცხლოდ საჭიროებს ამ ორი სტანდარტით ფუნქციონირებას. შესაბამისად, აუცილებელია კერძო სექტორისადმი სახელმწიფოებრივი მხარდაჭერა, (აღნიშნულის ბერკეტები მრავალგვარია), რათა მათი მზაობის დონე ამაღლდეს და ახალმა რეგულაციებმა დარგის რიგ წარმომადგენლებს ფუნქციონირების შესაძლებლობა არ შეუზღუდოს. სწორედ აქ უნდა იქნას დაცული კერძო და საჯარო ინტერესთა პროპორციულობის პრინციპი, რომელსაც მოდიფიცირებული სახეც კი აქვს, რადგან ამ ვითარებაში, კერძო ინტერესის გათვალისწინება პირდაპირპროპორციულ კავშირშია საჯარო (ლეგიტიმური) მიზნების განხორციელებასთან. აქვე, არსებითია უშუალოდ საჯარო სექტორის მზაობაც, როგორც კომპეტენციურად, ასევე, ადამიანური რესურსების თვალსაზრისით. დღევანდელი მოცემულობით ამ კუთხითაც არ არის ბოლომდე გამართული სიტუაცია.

გ) ე.წ. „თავისუფალი იმპორტი“

როგორც უკვე აღინიშნა, მედიკამენტების ხარისხზე საუბრისას, გვერდს ვერ ავუვლით 2009 წელს „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში განხორციელებული ცვლილების არსსა და 2022 წელს თურქეთის ბაზრის გახსნას-რადგანაც, როცა ვსაუბრობთ კონკრეტულ ფაქტებზე, რომელიც აპელირებს მედიკამენტების ხელმისა-

წვდომობის გაზრდაზე, ისმის კითხვა თუ რა ხარისხის მედიკამენტებზე გაიზარდა ხელმისაწვდომობა?

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ თურქეთიდან იმპორტირებული მედიკამენტების გაყიდვების მაჩვენებელი შეისწავლა. შედეგად, გამოიკვეთა, რომ ფარმაცევტული ბაზრის გახსნიდან სულ რამდენიმე თვეში თურქეთიდან იმპორტირებული მედიკამენტები 125 000-ზე მეტმა მოქალაქემ შეიძინა, რაშიც 62 მილიონის ლარის ნაცვლად, დაახლოებით, 19 მილიონი ლარი გადაიხადეს. სახელმწიფო უწყება ასკვნის, რომ აღნიშნულ პერიოდში, საქართველოს მოქალაქეებმა წამლებში 43 მილიონ ლარამდე დაზოგეს.²⁹ ეს დასკვნა აბსოლუტურად მართებულიც რომ იყოს, როგორც უკვე აღინიშნა, არსებითია ამ მედიკამენტთა ხარისხი. თურქეთის ბაზრის გახსნა კავშირში არ არის GMP/GDP სტანდარტთან. ამ მოვლენის საფუძველი ზემოხსენებულ, 2009 წლის საკანონმდებლო ცვლილებების არსს ეხმიანება. კერძოდ, „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის თაობაზე“ საქართველოს კანონის მე-2 მუხლის 1-ლი პუნქტის „ა.ბ“ ქვეპუნქტის საფუძველზე, საქართველოს მთავრობას დაევალა 2009 წლის 15 დეკემბრამდე დადგენილებით განესაზღვრა სხვა ქვეყნების ან სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოების სია. აღნიშნული ვალდებულების რეალიზების მიზნით, მთავრობამ მიიღო „სხვა ქვეყნების ან სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოების სიის განსაზღვრის შესახებ“ 2009 წლის 22 ოქტომბრის N188 დადგენილება. აღნიშნული დადგენილებით დამტკიცებული დანართის პირველი მუხლის მიხედვით, სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანო იყო ევროპის წამლების სააგენტო (EMA – European

²⁹ <https://www.moh.gov.ge/ka/news/6804/> (უკანასკნელად ნანახია: 21.05.2022).

Medicines Agency). ამავე დანართის მეორე მუხლმა კი კონკრეტულად ჩამოთვალა ის ქვეყნები,³⁰ რომელთა ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოების მიერ რეგისტრირებული ფარმაცევტული პროდუქტები აღიარებულ იქნებოდა საქართველოს მიერ. მარტივად რომ ვთქვათ, ეს წარმოადგენდა ერთგვარ ნდობით ჟესტს, ამ ქვეყნებში არსებული ვითარების გათვალისწინებით. თავდაპირველად, ამ ჩამონათვალში, რიგ მიზეზთა გამო, არ შედიოდა თურქეთის რესპუბლიკა. ის დაემატა მოცემულ დადგენილებაში ცვლილების შეტანის გზით 2022 წლის 17 იანვარს. სწორედ ამ თარიღს უკავშირდება თურქეთის რესპუბლიკის ბაზრის გახსნა, საიდანაც იმპორტირებული მედიკამენტების შეძენა შედარებით იაფად არის შესაძლებელი, თუმცა აქტუალურია საკითხი ამ წამლების ხარისხთან დაკავშირებით.

ამდენად, იმისათვის, რომ საქართველოში სახეზე იყოს მედიკამენტების ყოველმხრივი (ფიზიკური, ფინანსური) ხელმისაწვდომობა და, ამასთანავე, შესრულდეს „ერთის მხრივ საქართველოსა და მეორეს მხრივ, ევროკავშირს და ევროპის ატომური ენერგიის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის“ 2014 წლის 27 ივნისის ასოცირების ხელშეკრულებით ნაკისრი მედიკამენტების ხარისხის უზრუნველყოფი რეგულაციების შემოღების ვალდებულება, აუცილებელია, მედიკამენტთა ბიოექვივალენტურობის უზრუნველყოფის მიზნით, ზემოხსენებული სტანდარტების ეფექტურად დანერგვა როგორც წარმოების, ასევე იმპორტის დონეზე და ამ სისტემის ამოქმედებისათვის მაქსიმალური სახელმწიფოებრივი ხელშეწყობა.

III. საქართველოში მედიკამენტების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემის გამომწვევი მიზეზები

იმ ფაქტს, რომ მოსახლეობისთვის საჭირო მედიკამენტები ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად ხელმისაწვდომი, რამდენიმე ძირითადი გამომწვევი მიზეზი აქვს. მათგან უმეტესობა გამომდინარეობს უშუალოდ საქართველოში ჯანდაცვის პოლიტიკის მიდგომებიდან, ზოგიც საჯარო მმართველობის საკითხია, ზოგი კი, თუ არა პირდაპირ, ირიბად მაინც უკავშირდება მომხმარებელთა მიერ განხორციელებულ ქმედებებს, (არასწორ არჩევანს), რომელიც ინფორმაციული ვაკუუმით შეიძლება იყოს გამოწვეული.

1. კონკურენციის პრობლემა ქართულ ფარმაცევტულ ბაზარზე. ე.წ. „პოლდინგური მოწყობა“.

მიუხედავად ზოგადი ნორმატიული რეგულირებისა, საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობა ვერ უზრუნველყოფს პრაქტიკაში ფარმაცევტულ ბაზარზე კონკურენციასთან დაკავშირებული პრობლემის არარსებობას ან წარმოშობილი პრობლემის აღმოფხვრას, რაც იწვევს არსებულ ვითარებას.

კონკურენცია არის შესაბამის ბაზარზე მოქმედ ან პოტენციურ ეკონომიკურ აგენტებს შორის მეტოქეობა ამ ბაზარზე უპირატესობის მოსაპოვებლად.³¹ სსიპ-კონკურენციის ეროვნული სააგენტო არის ის ადმინისტრაციული ორგანო, რომელიც ახორციელებს კონკურენციის სახელმწიფო პოლიტიკას.³² შესაბამის ბაზარზე კონ-

³⁰ ა) ამერიკის შეერთებული შტატები; ბ) ავსტრალიის თანამეგობრობა; გ) ავსტრიის რესპუბლიკა; დ) ახალი ზელანდია; ე) ბელგიის სამეფო; ვ) ბულგარეთის რესპუბლიკა; ზ) გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკა; თ) დანიის სამეფო; ი) დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის გაერთიანებული სამეფო; კ) ესტონეთის რესპუბლიკა; ლ) ესპანეთის სამეფო; მ) ირლანდია; ნ) იტალიის რესპუბლიკა; ო) იაპონია; პ) ისლანდიის რესპუბლიკა; პ¹) ისრაელის სახელმწიფო; ჟ) კანადა; რ) კვიპროსის რესპუბლიკა; ს) კორეის რესპუბლიკა; ტ) ლუქსემბურგის დიდი საჰერცოგო; უ) ლატვიის რესპუბლიკა; ფ) ლიტვის რესპუბლიკა; ქ) მალტის რესპუბლიკა; ღ) ნორ-

ვეგიის სამეფო; ყ) ნიდერლანდების სამეფო; შ) პორტუგალიის რესპუბლიკა; ჩ) პოლონეთის რესპუბლიკა; ც) რუმინეთი; ძ) საფრანგეთის რესპუბლიკა; წ) საბერძნეთის რესპუბლიკა; ჭ) სლოვენის რესპუბლიკა; ხ) სლოვაკეთის რესპუბლიკა; ჯ) უნგრეთის რესპუბლიკა; ჰ) ფინეთის რესპუბლიკა; პ¹) შვედეთის სამეფო; პ²) შვეიცარიის კონფედერაცია; პ³) ჩეხეთის რესპუბლიკა; პ⁴) ხორვატიის რესპუბლიკა.

³¹ „კონკურენციის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტი.

³² „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტოს დებულების

კურენტული გარემოს შეფასებისას ის ითვალისწინებს შემდეგ პარამეტრებს:

- ა) შესაბამის ბაზარზე მოქმედ სუბიექტებს;
- ბ) შესაბამისი ბაზრის მოცულობას და ეკონომიკურ აგენტებზე წილობრივ გადანაწილებას;
- გ) შესაბამისი ბაზრის კონცენტრაციის დონეს;
- დ) შესაბამის ბაზარზე შესვლის ბარიერებს;
- ე) ეკონომიკურ აგენტთა საბაზრო ძალას;
- ვ) დამატებით პარამეტრებს, რომელთა გათვალისწინებას აუცილებლად ჩათვლის კონკრეტული ბაზრის სპეციფიკიდან გამომდინარე.³³

„კონკურენტული გარემოს შეფასება ფარმაცევტულ ბაზარზე სხვა ბაზრებისგან განსხვავებულ მიდგომას საჭიროებს, რასაც განაპირობებს თავად ბაზრის სპეციფიკა, შემდეგი სამი კომპონენტის გათვალისწინებით - ექიმი, ფარმაცევტი და მომხმარებლის არჩევანი. ბაზარზე მოთხოვნა ფორმირდება არა საბოლოო მომხმარებლის მიერ (პაციენტი), არამედ, პირველ რიგში, ექიმის და რიგ შემთხვევებში, ფარმაცევტის დონეზე. შესაბამისად, ბაზარზე არ არსებობს საბოლოო მომხმარებლისგან მომდინარე კონკურენტული წნეხი (მყიდველის დამაბალანსებელი ძალაუფლება) და ამ მოცემულობაში მნიშვნელოვანია თუ რამდენად ქმნის კონკურენტული არჩევის გაკეთების შესაძლებლობას ექიმისა და ფარმაცევტის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ფარმაცევტულ ბაზარზე კონკურენტული გარემოს შეფასების მთავარი ინდიკატორია ბაზარზე არსებულ ურთიერთჩამანაცვლებელ მე-

დიკამენტებს შორის კონკურენტული წნეხის დონის შეფასება“.³⁴

ამასთან, დადგენილია, რომ „2021 წლის მდგომარეობით ქვეყანაში 3 213 აფთიაქის ოპერირებას ახორციელებს 1712 ეკონომიკური აგენტი. 10 და მეტი აფთიაქი აქვს 12 კომპანიას (სულ 1238 აფთიაქი), ხოლო მათგან 3 ყველაზე მსხვილი კომპანია ჯამურად ფლობს 927 აფთიაქს“.³⁵

2021 წელს სსიპ-კონკურენციის ეროვნული სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 3 ყველაზე მსხვილი იმპორტიორი კომპანიის (სს „გეფა“, შპს „პსპ ფარმა“, შპს „ავერსი-ფარმა“) წილი ბაზრის იმპორტის დონეზე სტაბილურად მაღალი იყო.³⁶

„კონკურენციის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის მიხედვით, ეკონომიკური აგენტის³⁷ დომინანტური მდგომარეობის განმსაზღვრელი ერთ-ერთი ძირითადი კრიტერიუმია საბაზრო წილი. ამავე კანონის მე-3 მუხლის „ი“ ქვეპუნქტის მიხედვით, თუკი სხვა მტკიცებულებები არ არსებობს, ეკონომიკური აგენტი/ეკონომიკური აგენტები არ ჩაითვლება/არ ჩაითვლებიან დომინანტური მდგომარეობის მქონედ/მქონეებად, თუ შესაბამის ბაზარზე მისი/მათი წილი 40 პროცენტს არ აღემატება. ასევე, ორი ან ორზე მეტი ეკონომიკური აგენტიდან თითოეული ჩაითვლება დომინანტური მდგომარეობის მქონედ, თუ ისინი არ განიცდიან მნიშვნელოვან კონკურენციას განსახილველი ჯგუფის შიგნით და მის მიღმა შესაბამის ბაზარზე მოქმედი სხვა ეკონომიკური აგენტებისგან, ნედლეულის წყაროსა და გასაღების ბაზრის შეზღუდული ხელმისაწვდომობის, შესაბამის ბაზარზე შესვლის ბარიერებისა და საბაზრო ძალაუფლების განმსაზღვრელი სხვა ფაქ-

დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 14 აპრილის N288 დადგენილებით დამტკიცებული დებულების პირველი მუხლი.

³³ „ბაზრის ანალიზის მეთოდური მითითებების დამტკიცების თაობაზე“ კონკურენციის სააგენტოს თავმჯდომარის 2020 წლის 23 ოქტომბრის N37 ბრძანებით დამტკიცებული ბაზრის ანალიზის მეთოდური მითითებების მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტი.

³⁴ საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ.11.

³⁵ საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 23.

³⁶ კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 13.

³⁷ „კონკურენციის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტის მიხედვით, ეკონომიკური აგენტი არის ფიზიკური პირი, იურიდიული პირი, სხვა გაერთიანება ან ასოციაცია, რომელიც ახორციელებს ეკონომიკურ საქმიანობას, განურჩევლად რეზიდენტობისა, იურიდიული პირის სამართლებრივი ფორმისა.

ტორების გათვალისწინებით, ამასთანავე, არაუმეტეს 3 ეკონომიკური აგენტის ერთობლივი წილი 50 პროცენტს აღემატება, ხოლო თითოეულის საბაზრო წილი არანაკლებ 15 პროცენტია. აღნიშნულ დანაწესებთან მიმართებით სუბსუმიცია რომ გავახორციელოთ, საინტერესოა რა მდგომარეობა გამოიკვეთება საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე. ზემოხსენებული, სსიპ-საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტოს 2021 წლის კვლევაში, მონიტორინგის მიზნებისთვის შერჩეულ იქნა ფარმაცევტული პროდუქტების ექვსი სხვადასხვა ჯგუფი,³⁸ რომლებზე დაკვირვებითაც გაკეთდა შესაბამისი დასკვნები. კერძოდ, შესაბამისი ბაზრის ანალიზისას, შერჩეულ ექვს სამკურნალო ჯგუფში კონკრეტული ეკონომიკური აგენტების შემთხვევაში, ბაზარზე დაფიქსირდა როგორც ერთი კომპანიის მიერ ბაზრის 40% და მეტი წილის ფლობა (შესაბამისად, გამოიკვეთა დომინანტური მდგომარეობა), ასევე, კომპანიათა ჯგუფის მიერ, რიგ შემთხვევებში კმაყოფილდებოდა ჯგუფური დომინანტობის არსებობისთვის აუცილებელი ერთ-ერთი პირობა საბაზრო წილების სახით (სს „გეფა“, შპს „PSP ფარმა“, შპს „ავერსი ფარმა“, შპს „გლობალფარმი“, შპს „გეა“).

ამავე კვლევაში გაანალიზებულია „კონკურენციის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ი“ ქვეპუნქტის დისპოზიციაში შემავალი რამდენიმე ასპექტი, რომელიც წარმოადგენს ჯგუფური დომინანტური მდგომარეობის დადგენის წინაპირობებს. ესენია:

- ა) მნიშვნელოვანი კონკურენციის არარსებობა სხვა ეკონომიკური აგენტებისაგან;
- ბ) ბაზარზე შესვლის ბარიერები;
- გ) სხვა ფაქტორები.

კვლევის მიხედვით, გამოიკვეთა, რომ სხვა ეკონომიკური აგენტებისაგან მნიშვნელოვანი კონკურენცია არ გამოვლენილა.

რაც შეეხება მეორე კრიტერიუმს, ბაზარზე შესვლის ბარიერებს, ფარმაცევტული ბაზრის იმპორტის დონე და ზოგადად ბაზარზე მედიკა-

მენტების დაშვება დაკავშირებულია კონკრეტულ ადმინისტრაციულ ბარიერებთან, თუმცა აღნიშნული განპირობებულია ბაზრის სპეციფიკით და აქვს ლეგიტიმური საჯარო ინტერესი. ამასთან, წლების მიხედვით იმპორტიორი და საცალო ბაზარზე მოქმედი კომპანიების რაოდენობის გათვალისწინებით, ხსენებული ბარიერები მარტივად დაძლევადა. თუმცა, 2016-2020 წლების სტატისტიკა აჩვენებს, რომ არსებობს მნიშვნელოვან მოთამაშედ ფორმირების მაღალი ბარიერი, რადგან როგორც იმპორტის, ასევე ბაზრის საცალო დონეზე 3 მსხვილი კომპანიის შემადგენლობა (სს „გეფა“, შპს „პსპ ფარმა“, შპს „ავერსი-ფარმა“) 2016-2020 წლებში იყო უცვლელი.

სხვა ფაქტორების ნაწილში მსჯელობისას სსიპ - კონკურენციის ეროვნული სააგენტო უთითებს, რომ ჯგუფური დომინანტობის დადგენისთვის მნიშვნელოვანია ისეთი უტყუარი გარემოებების არსებობა, რომლებიც ეკონომიკურ აგენტებს შორის მჭიდრო კავშირს ადგენს. ამგვარ გარემოებებად კი წარმოაჩენს შემდეგს: ფარმაცევტული ბაზარი ხასიათდება გამჭვირვალობის მაღალი ხარისხით, სადაც კონკურენტებს აქვთ ერთმანეთის ქცევის მონიტორინგის შესაძლებლობა, რაც გამოიხატება ფასების, კომპანიების ყოველწლიური ფინანსური ანგარიშგებების და ა.შ. მარტივ ხელმისაწვდომობაში; შესასწავლ პერიოდში, ბაზრის როგორც იმპორტის, ასევე საცალო სარეალიზაციო დონეზე, არ იცვლება სამი ყველაზე დიდი კომპანიის შემადგენლობა; საერთო პოლიტიკის მოსალოდნელ შედეგებზე მომხმარებელს საერთოდ არ აქვს გავლენა და ამას, პირველ რიგში, განაპირობებს ბაზრის თავისებურება მოქმედ საკანონდებლო/პრაქტიკულ მოწყობასთან ერთად. კონკურენტების მხრიდან მოსალოდნელ რეაქციებს/ქმედებებს კი ვერ ექნება მნიშვნელოვანი გავლენა იმ ფაქტორების გათვალისწინებით, რაც უკვე აღინიშნა ჯგუფურ დომინანტობაზე მსჯელობის ნაწილში.

³⁸ აღნიშნული პრეპარატები იყო განსხვავებული მიმართულებით გამოსაყენებელი პროდუქტები, რაც ხელს უწყობდა ზოგადი სურათის სწორად წარმოჩენას. მაგ. გულ-სისხლძარღვთა სისტემისთვის გამოსაყენებელი;

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები; ბეტა ლაქტამური ანტიბიოტიკები; პლაზმის შემცველი საშუალებები; ანტითრომბოზული და შედედების საწინააღმდეგო საშუალებები.

შესაბამისად, კლევაში გამოტანილია დასკვნა, რომ ნათელია როგორც კონკრეტული კომპანიის/კომპანიების დომინანტური მდგომარეობა, ასევე კომპანიათა ჯგუფის ჯგუფური დომინანტური მდგომარეობა (კონკრეტული სამკურნალო ჯგუფების დონეზე). მიუხედავად იმისა, რომ სსიპ-კონკურენციის ეროვნულმა სააგენტომ მონიტორინგის ფარგლებში შეისწავლა ექვსი შესაბამისი ბაზარი, იგი, ბაზრის იმპორტის დონის ზოგადი სტრუქტურისა და კონცენტრაციის დონის გათვალისწინებით, ვარაუდობს, რომ დომინანტური და ჯგუფური დომინანტური მდგომარეობის არსებობა მოსალოდნელია ფარმაცევტული ბაზრის შემადგენელ სხვა შესაბამის ბაზრებზეც.³⁹

ამდენად, არსებული ფაქტობრივ-სამართლებრივი გარემოებები გვაძლევს იმის თქმის საშუალებას, რომ ქართულ ფარმაცევტულ ბაზარზე რამდენიმე მსხვილი კომპანია ქმნის ამინდს. პატარა კომპანიებისთვის რთულია თავის დამკვიდრება, ისინი სრულად და ყოველმხრივ არიან დამოკიდებულნი დომინანტ კომპანიებზე, მათ მიერ გატარებულ პოლიტიკაზე.

ამასთან, არსებითი და პრობლემურია ის ფაქტი, რომ „სამედიცინო სექტორის მარეგულირებელი კანონმდებლობა არ ზღუდავს ერთი ეკონომიკური აგენტის საქმიანობას სექტორის სხვადასხვა დარგში, მათ შორის, ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტების მიმოქცევის სხვადასხვა დონეზე. შედეგად, ფარმაცევტულ ბაზარზე მოქმედი ეკონომიკური აგენტები (პირდაპირ ან/და ურთიერთდამოკიდებული პირების საშუალებით) ეკონომიკურ საქმიანობას ეწევიან, როგორც ფარმაცევტული პროდუქტის მიწოდების ჯაჭვის ყველა დონეზე (იმპორტი, წარმოება, საბითუმო მიწოდება, საცალო რეალიზაცია), ასევე ოპერირებას უწევენ კლინი-

კებს, სადაზღვევო კომპანიებს და ა.შ. შედეგად, ქვეყანაში ფარმაცევტული ბაზარი გამოირჩევა ვერტიკალური/ჰორიზონტალური ინტეგრაციის მაღალი ხარისხით და ჰოლდინგური მოწყობით”.⁴⁰

ამგვარი ვითარება უარყოფითად მოქმედებს მომხმარებელზეც და ბაზრის ზოგად კონკურენტუნარიანობაზეც. აუცილებელია კონკრეტული საკანონმდებლო რეგულირების შემოღება, რომლის მიხედვითაც გაკონტროლდება ფარმაცევტულ ბაზარზე ეკონომიკური აგენტების საქმიანობა. მათ არ უნდა ჰქონდეთ უფლება არაპროფილური საქმიანობა განახორციელონ. აღნიშნულით, სულ მცირე, იქმნება ჰიპოთეტური რისკი, რომ შეიძლება დარღვეულ იქნას „ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 30-ე მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული, ინტერესთა შეუთავსებლობასთან დაკავშირებული ის ვალდებულებები, რომელთა მიხედვითაც სამედიცინო დაწესებულება და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი ვალდებული არიან პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების პროცესში პაციენტებთან ურთიერთობისას არ იმოქმედონ ანგარებით, მათ შორის, მესამე პირის სასარგებლოდ. ასევე, არ შევიდნენ გარიგებაში რომელიმე სამედიცინო დაწესებულებასთან ან/და ფარმაცევტულ კომპანიასთან იმ მიზნით, რომ პირადი კომერციული დაინტერესების სანაცვლოდ გამოიყენებენ პაციენტებს და ამით რაიმე მატერიალურ სარგებელს ნახავენ. მიუხედავად იმისა, რომ მოცემული ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში არსებობს შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზომა,⁴¹ აღნიშნული ურთიერთობები, დიდწილად, მაინც სამედიცინო პერსონალის კეთილსინდისიერებაზე გადის, რადგან თავად სამედიცინო ბაზრის

³⁹ კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 19-21 გვ.

⁴⁰ კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 6-7 გვ.

⁴¹ საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვეათა კოდექსის 44¹⁰ მუხლის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულების ან/და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის

მიერ პროფესიული მოვალეობის შესრულებისას „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების დარღვევა გამოიწვევს სამედიცინო დაწესებულების ან/და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის დაჯარიმებას 1000 ლარის ოდენობით. იგივე ქმედება, ჩადენილი განმეორებით გამოიწვევს სამედიცინო დაწესებულების ან/და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის დაჯარიმებას 2000 ლარის ოდენობით.

ჰოლდინგური მოწყობა ხელსაყრელი მოცემულობაა რიგი არაკეთილსინდისიერი ქმედებებისთვის.

ცხადია, ზემოხსენებული ვითარების გამოსწორება ფარმაცევტული ბიზნესისთვის იქნება ძირეული, არსებითი ხასიათის ცვლილება. ეს არ არის მარტივი რეფორმა, არამედ მრავალმხრივ გასააზრებელი და დასაგეგმია. თუმცა, სირთულემ ჯანდაცვის პოლიტიკის მესვეურებს უარი არ უნდა ათქმევინოს სწორი გადაწყვეტილების მიღებაზე.

2. მედიკამენტებზე ფასწარმოქმნის პროცესი და ფასის რეგულირების პრაქტიკა

მედიკამენტებზე მაღალი ფასების გამომწვევი მიზეზების შესახებ საუბრისას, აუცილებლად უნდა ვახსენოთ მათზე ფასწარმოქმნის პროცესის მიმდინარეობა, რომელიც საქართველოში, ცალსახად, უკონტროლოა.

სსიპ - კონკურენციის ეროვნული სააგენტოს ზემოხსენებული 2021 წლის კვლევა ამ საკითხსაც ეხება და უთითებს კონკრეტული სამკურნალო ჯგუფების ფასწარმოქმნის ანალიზის შედეგებზე, რომლის მიხედვითაც, კომპანიების ფასნამატი მედიკამენტებზე, რომლებიც ბაზარზე წარმოდგენილია სავაჭრო დასახელებით, მსგავსია გენერიკულ მედიკამენტებზე არსებული ფასნამატისა (თანხობრივ ნაწილში). შედეგად, გენერიკული მედიკამენტების რეალიზაცია, ბრენდირებულ მედიკამენტებთან შედარებით, ხორციელდება გაცილებით მაღალი პროცენტული ფასნამატით (განპირობებულია გენერიკული მედიკამენტების დაბალი თვითღირებულებით). რიგ შემთხვევებში მათზე ფასნამატი აღწევდა 200%-ს.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, კვლევისას იდენტიფიცირებულ იქნა ბაზარზე მოქმედი შედარებით მცირე კომპანიები, რომლებიც წარმოდგენილი არიან მხოლოდ ბაზრის იმპორტის/წარ-

მოების და შესაბამისად საბითუმო მიწოდების დონეზე და თვითღირებულებასთან შედარებით, მედიკამენტების რეალიზაციას საბითუმო მიწოდების დონეზე ახორციელებენ გაცილებით მაღალი ფასნამატით, რაც რიგ შემთხვევაში სცდება 1000%-ს.

ამასთან, უშუალოდ ფასების რეგულირების პრაქტიკის თვალსაზრისით, საინტერესოა ევროპული გამოცდილება. კვლევის ფარგლებში გაანალიზებული, ევროპის 15 ქვეყნიდან ე.წ. „თავისუფალი ფასწარმოქმნის პოლიტიკა“ მოქმედებს მხოლოდ 3 ქვეყანაში - გერმანია (მხოლოდ ახალი აქტიური ნივთიერების ავტორიზაციის პირველ წელს), დანია და გაერთიანებული სამეფო. ქვეყნების უმრავლესობა იყენებს ფასის რეგულირების სხვადასხვა მეთოდს, როგორებიცაა: Volume based pricing; Internal reference pricing; External reference pricing, და ა.შ.⁴²

Volume based pricing - მოცემულობაზე დაფუძნებული ფასწარმოქმნის მექანიზმი- შინაარსი მდგომარეობს იმაში, რომ რაც მეტად მოცულობითია პროდუქციის შესყიდვა, მით უფრო იაფია.

Internal reference pricing-(IRP) – შიდა რეფერენტული ფასწარმოქმნის მეთოდის გამოყენებისას, ქვეყნის ფარგლებში, ერთმანეთთან დარდება ის მედიკამენტები, რომელთაც ანალოგიური თერაპიული დანიშნულება აქვთ და შესწევთ ერთმანეთის ჩანაცვლების უნარი. აღნიშნული მეთოდი საუკეთესოდ მუშაობს იმ ქვეყნებში, რომელთაც შემუშავებული აქვთ გენერიკებისა და ბიოექვივალენტური მედიკამენტების სათანადო გამოყენების ხელშემწყობის პოლიტიკა.⁴³

განსაკუთრებით საინტერესო და საყურადღებოა External reference pricing (ERP) - გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის მექანიზმის არსისა და გამოყენების წინაპირობების განხილვა, რადგან სწორედ ამ მოდელის შემოღება იგეგ-

⁴² კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 31-32 გვ.

⁴³ World health organization, Internal reference pricing, WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies A

plain language summary, p.1 ხელმისაწვდომია:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341895/9789240024571-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (უკანასკნელად ნანახია: 23.05.2022).

მება საქართველოშიც. მართალია, ჯერ⁴⁴ ნორმატიულად ქმედებები არ განხორციელებულა, თუმცა სახელმწიფო უწყებების დონეზე მიმდინარეობს მსჯელობა.⁴⁵ აღნიშნულიც მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების მექანიზმია, რომელსაც დიდი ხანია იყენებენ ევროპის ქვეყნები, გარდა დიდი ბრიტანეთისა, გერმანიისა და შვედეთისა.⁴⁶ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ე.წ. „გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნა“ წარმოადგენს მიდგომას, როდესაც ფასები დაწესებულია შედარებისთვის ხელსაყრელ ამა თუ იმ ქვეყნებში, შესაბამის მედიკამენტებთან მიმართებით არსებული ფასების გათვალისწინებით. ანუ ჩამოყალიბებულია საორიენტაციო ფასი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიზნებით, მოცემული მექანიზმის გამოყენება შეიძლება მოსალოდნელზე უფრო რთული აღმოჩნდეს. თუკი სახელმწიფო მასზე აკეთებს არჩევანს, საჭიროა მაღალკვალიფიციური პერსონალი, ფასების პერმანენტული კონტროლი. ასევე, იგი მოითხოვს სერიოზულ ინვესტიციებს, რათა შეიქმნას და შენარჩუნდეს მედიკამენტების ფასებთან დაკავშირებული მონაცემთა ბაზები.⁴⁷ პროცესის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა და შესაბამისი სემენტის მხრიდან სანდოობის მაღალი ხარისხიც უმნიშვნელოვანესი კომპონენტებია.

„გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის“ მექანიზმი შინაარსობრივად დეტალურად რომ წარმოვაჩინოთ, გვაქვს შემდეგი მოცემულობა: ირჩევა რამდენიმე ქვეყანა, რომლებშიც მოიკვლევა შესაბამისი მედიკამენტების ფასები და მათი გათვალისწინებით, დადგინდება ეროვნულ დონეზე. აუცილებელია ამ პროცესში ქვეყნები სწორად იქნას შერჩეული. საქართველოსთვისაც არსებითი მნიშვნელობა ექნება, თუ ვის დავედრებით, როგორი სოციალური და ეკო-

ნომიკური მდგომარეობის მქონე სახელმწიფოებს. არაკომპეტენტურად არჩეულმა ქვეყნებმა შესაძლოა სერიოზული კოლაფსი გამოიწვიოს, შექმნას მედიკამენტების დეფიციტი ბაზარზე. მაგ., შეიძლება დადგინდეს ისეთი დაბალი ფასი, რომ კომპანიებს არ უღირდეთ ამა თუ იმ მედიკამენტის იმპორტი და ა.შ. ასევე, არსებითია ფასის გამოთვლის მეთოდოლოგია და ფასების განახლების პერიოდულობაც. ცხადია, მუდმივად დადგენილი ფასი მიზანშეუწონელი და არალოგიკურია, მათ შორის, ფარმაცევტულ პროდუქციასთან მიმართებით. შესაბამისად, აუცილებელია გონივრული სიხშირით მისი გადახედვა.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ნათელია, რომ უშუალოდ „გარე რეფერენტული ფასწარმოქმნის“ შემოღება სარისკო ან არასწორი ქმედება არ არის. ანუ, უშუალოდ მეთოდში ვერ და არ იქნება პრობლემა. საკითხავია მისი რეალიზების გზები. (ეფექტური და ეფექტიანი მმართველობა, ქვეყნების არჩევისას სწორი მეთოდოლოგიის გამოყენება, მუდმივი მონიტორინგი ფასებზე და აშ).

ერთი რამ ნათელია - იმისათვის, რომ საქართველოში შემცირდეს მედიკამენტებზე მოსახლეობის, და მეტიც, მთავრობის დანახარჯები, არსებული ვითარება უნდა შეიცვალოს: შემოღებულ იქნას ფასის რეგულირების ეფექტური მექანიზმი, თუნდაც ზემოხსენებული „Internal reference pricing“, რისთვისაც აუცილებელია ნორმატიულ დონეზე შესაბამისი ცვლილებების განხორციელება.

3. ბრენდული და გენერიკული მედიკამენტების ურთიერთმიმართება

მოქმედი კანონმდებლობით, ფარმაცევტული პროდუქტი არის „საქართველოს საპატენტ-

⁴⁴ 2022 წლის 25 მაისი

⁴⁵ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა 2022 წლის 11 მაისს საქართველოს პარლამენტში „მინისტრის საათის“ ფორმატში ისაუბრა დაგეგმილ „გარე რეფერენტული ფასების“ შემოღების სტრატეგიასთან დაკავშირებით.

⁴⁶ European Parliament. Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU. 2011. P.35 ხელმისაწვ-

დომია: <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201201/20120130ATT36575/20120130ATT36575EN.pdf> (უკანასკნელად ნანახია:23.05.2022).

⁴⁷ World health organization, External reference pricing. WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies A plain language summary. P.1 ხელმისაწვდომია: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341894/9789240024083-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (უკანასკნელად ნანახია:23.05.2022).

ტო კანონის” მიზნებისთვის ნებისმიერი პატენტუნარიანი პროდუქტი ან პატენტუნარიანი ხერხებით დამზადებული პროდუქტი, რომელიც განკუთვნილია ადამიანის ან ცხოველის დაავადების მკურნალობისათვის, ან პრევენციისათვის და რომელიც აგრეთვე შეიძლება დაენიშნოს ადამიანს, ან ცხოველს სამედიცინო დიაგნოსტიკისათვის, ფიზიოლოგიური ფუნქციების აღდგენისათვის, კორექციისათვის ან მოდიფიცირებისათვის. ფარმაცევტულ პროდუქტად მიიჩნევა აგრეთვე ზემოაღნიშნული პროდუქტის დასამზადებლად განკუთვნილი აქტიური ინგრედიენტი და ამ პროდუქტის გამოსაყენებლად საჭირო დიაგნოსტიკური საშუალება.⁴⁸ ამასთან, პატენტი არის პატენტის მფლობელის სახელზე გაცემული დოკუმენტი, რომელიც ადასტურებს მისი გაცემის მომენტისათვის პატენტის მფლობელის განსაკუთრებულ უფლებებს⁴⁹. გამოგონების პატენტის მოქმედების ვადა 20 წელია იმ თარიღიდან, როდესაც შესაბამის ორგანოში⁵⁰ პატენტის თაობაზე განაცხადი იქნება წარდგენილი.⁵¹

ფარმაცევტული პროდუქტი შეიძლება იყოს ბრენდული ან გენერიკული.

ბრენდული პროდუქტი კონკრეტული მწარმოებელი ბრენდის მიერ არის გამოშვებული. გენერიკულ ფარმაცევტულ პროდუქტს რაც შეეხება, ლეგალური დეფინიციის მიხედვით, ის საერთაშორისო არაპატენტირებული კვლავწარმოებული ფარმაცევტული პროდუქტია.⁵²

ამერიკის შეერთებული შტატების სურსათისა და წამლის სააგენტოს განმარტებით, გენერიკული პრეპარატი არის მედიკამენტი, რომელიც შექმნილია ზუსტად იმავე გზით, რომლითაც უკვე გაყიდვაში არსებული ბრენდული მე-

დიკამენტი. აღნიშნულში იგულისხმება იგივე დოზა, ეფექტურობა, სიძლიერე, ხარისხი, მიღების გზა და ა.შ. ეს მსგავსება ხელს უწყობს ბიოექვივალენტურობის დემონსტრირებას, რაც ნიშნავს, რომ გენერიკული წამალიც მუშაობს იმავე გზით და იძლევა იმავე კლინიკურ სარგებელს.⁵³ ამასთან, გენერიკების ფასი მუდამ ბევრად დაბალია, ვიდრე ბრენდულის. აღნიშნულს იწვევს მათი წარმოების მექანიზმი და ამ პროცესში ნაკისრი ვალდებულებები. კერძოდ, თუკი ბრენდულ ფარმაცევტულ პროდუქტს სჭირდება კლინიკური კვლევები, რათა დადგინდეს ეფექტიანობა და უსაფრთხოება, რაც სოლიდურ თანხებთანაა დაკავშირებული და შესაბამისად აისახება ბრენდული პროდუქციის ფასზე, აღნიშნულს არ საჭიროებს გენერიკული მედიკამენტი.⁵⁴ მათ შემთხვევაში კვლევის მიზანია დადგინდეს იდენტურობა ბრენდულ მედიკამენტთან, რადგანაც მთავარი მოქმედი ნივთიერების ეფექტურობა და უსაფრთხოება უკვე ისედაც გამოკვეთილია. შესაბამისად, იმ შემთხვევაში, თუკი ყველა პროცედურული და შინაარსობრივი მხარე დაცულია, ამ ორი სახის ფარმაცევტულ პროდუქტს შორის სხვაობა არ უნდა არსებობდეს, ანუ უნდა იყოს ბიოექვივალენტური. აღნიშნულის თაობაზე მოსახლეობაში არსებობს ინფორმაციის სიმწირე. ბრენდულობა უკავშირდება სანდოობის მეტად მაღალ ხარისხს, რაც ზრდის მედიკამენტებზე დანახარჯებსაც. აუცილებელია ამ კუთხით რიგი საინფორმაციო ხასიათის ღონისძიებების გატარება, რათა გენერიკული მედიკამენტების მიმართ გაიზარდოს მომხმარებელთა ნდობა.

⁴⁸ „საქართველოს საპატენტო კანონის” მე-2 მუხლის „რ” ქვეპუნქტი.

⁴⁹ „საქართველოს საპატენტო კანონის” მე-2 მუხლის „ვ” ქვეპუნქტი.

⁵⁰ საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – საქართველოს ინტელექტუალური საკუთრების ეროვნული ცენტრი – „საქპატენტი” – ინტელექტუალური საკუთრების დაცვის სფეროში მოქმედი დამოუკიდებელი ორგანო.

⁵¹ საქართველოს საპატენტო კანონის” მე-5 მუხლის 1-ლი პუნქტი.

⁵² „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ” საქართველოს კანონის 1¹ მუხლის 1-ლი პუნქტი.

⁵³ ამერიკის შეერთებული შტატების სურსათისა და წამლის სააგენტოს ვებ გვერდი.

https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers?fbclid=IwAR1s_04l8_xCkNCYY-A-GQNNx8B29IE9FgdHYhX2z4wERe_08Jh2brfsRYc (უკანასკნელად ნანახია: 22.05.2022).

⁵⁴ ასევე, როგორც წესი, გენერიკების შემქმნელები არ იხდიან მარკეტინგის, რეკლამისა და ზოგადად, მისი პოპულარიზაციისთვის თანხებს, რაც დამატებითი მიზეზია ბრენდებთან შედარებით მათი სიიაფისა.

ჯერ კიდევ 2021 წლის მდგომარეობით, მიიჩნეოდა, რომ ამ მიმართულებით დარგის საკანონმდებლო რეგულირება და აღსრულების არსებული სისტემა არ იყო მიმართული ბაზარზე გენერიკული მედიკამენტების წილის ზრდაზე, შესაბამისად, გენერიკებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, როგორც უშუალოდ მათზე მოთხოვნა, იყო დაბალი.⁵⁵ 2022 წელს განხორციელდა საკანონმდებლო ცვლილება,⁵⁶ რომელმაც დადებითი ბიძგი უნდა მისცეს ბაზარზე გენერიკების წილის ზრდასა და მათდამი მომხმარებელთა სანდოობის ამაღლებასაც. კერძოდ, 2022 წლის 11 აპრილიდან ძალაშია რეგულაცია, რომლის მიხედვითაც, რეცეპტზე ფარმაცევტული პროდუქტი გამოიწერება მხოლოდ გენერიკული დასახელებით. გამონაკლის შემთხვევაში (კომბინირებული ფარმაცევტული პროდუქტი, ვიწრო თერაპიული ინდექსის ფარმაცევტული პროდუქტი, ფარმაცევტული პროდუქტი, რომელსაც არ გააჩნია გენერიკი, ასევე, სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში გათვალისწინებული მედიკამენტები), დასაშვებია ფარმაცევტული პროდუქტის სავაჭრო დასახელებით გამოწერა. რეალიზატორი ვალდებულია, მომხმარებელს შესთავაზოს გამოწერილი გენერიკის შესაბამისი 3 ყველაზე დაბალი ფასის ფარმაცევტული პროდუქტი (სამკურნალო საშუალება) პოზიტიური სიიდან, რომლის ფორმირების წესი განისაზღვრება მინისტრის ბრძანებით.⁵⁷ ამ მექანიზმის მიხედვით, ექიმი წერს რეცეპტს, რომელშიც მითითება გენერიკული მედიკამენტი, ხოლო მის შესაძენად აფთიაქში მისულ მომხმარებელს ფარმაცევტი სთავაზობს ამ გენერიკის სამ ყველაზე იაფ ვარიანტს. საბოლოო არჩევანს კი

აკეთებს მომხმარებელი. რეგულირების არსი ცხადი და მარტივია - შეძენილ იქნას ნაკლები ფინანსური დანახარჯებით ბრენდულის ანალოგი მედიკამენტი, თუმცა ყურადღების მიღმა არ უნდა დარჩეს ის ფაქტიც, რომ პროცესის გამართულობისა და ეფექტურობისათვის აუცილებელია ფარმაცევტთა მაღალი კვალიფიკაცია და მომხმარებელთა ინფორმირებულობის დონის ზრდაც. შემოღებული რეგულაციის შედეგებს, რა თქმა უნდა, ყველაზე უკეთ გამოკვეთს დრო, ამ ეტაპზე კი არსებობს მოლოდინები, რომ უნდა გაიზარდოს შესაბამის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, ისე, რომ დაცული იყოს ხარისხის კომპონენტის მოთხოვნები.

ამდენად, ამ თვალსაზრისით, საბოლოო მიზნამდე ჯერაც შორია და მოითხოვს საკმაო ძალისხმევასა და კოორდინირებულ მუშაობას როგორც სამთავრობო, ასევე კერძო სექტორის მხრიდან. მიზანი მიღწეულად ჩაითვლება მაშინ, როდესაც გენერიკებზე მოთხოვნა იქნება მაღალი, ხოლო ხელმისაწვდომობის კომპონენტი სრულად რეალიზებული.

4. პოლიფარმაცია, ელექტრონული რეცეპტი

პოლიფარმაცია არის ერთდროულად, მრავალჯერადი სახით, ბევრი მედიკამენტის დანიშვნა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მითითებით,⁵⁸ კვლევებმა აჩვენა, რომ 75 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანების მესამედი იღებს მინიმუმ ექვს მედიკამენტს, მილიონზე მეტი ადამიანი კი ყოველდღიურად რვა ან მეტ მედიკამე-

⁵⁵ კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 35

⁵⁶ ეხება მხოლოდ მეორე ჯგუფის პრეპარატებს, რომელსაც „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 11² მუხლის 1-ლი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის მიხედვით, განეკუთვნება ისეთი ფარმაცევტული პროდუქტი, რომლის არასათანადო გამოყენებამ შეიძლება მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს ან/და რომლის მიღებაც არ არის შესაძლებელი მხოლოდ ინსტრუქციის შესაბამისად, ექიმის დანიშნულების გარეშე, და რომელიც გაიცემა რეცეპტით.

⁵⁷ „მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუ-

ქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესისა და ფორმა №3 – რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის №01-53/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2022 წლის 8 აპრილის №01-32/ნ ბრძანების 1-ლი მუხლი.

⁵⁸ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ვებ. გვერდი. ხელმისაწვდომია:

<https://www.who.int/news/item/26-11-2019-medicines-safety-week> . (უკანასკნელად ნანახია: 28.05.2022)

ნტს. მის მიერ, 2019 წელს, წამლის უსაფრთხოების კვირეულის ფარგლებში, პოლიფარმაციას სპეციალური კამპანია კი მიეძღვნა, სადაც იგი მულტიასპექტურად გაანალიზდა.

პოლიფარმაცია გლობალური პრობლემაა. მაგალითად, „ევროკავშირის ქვეყნებში ყოველი ოცი რეცეპტიდან ერთი შეიცავს შეცდომას მედიკამენტების რაოდენობის მიმართულებით“.⁵⁹ პრობლემის ამ გლობალისტური სახიდან არც საქართველოა გამონაკლისი. მას აქაც მწვავე ხასიათი აქვს და მყისიერად მოსაგვარებელია. მოგვარების მექანიზმები კი ჯანდაცვის პოლიტიკის კომპეტენციაა, რომელიც სახელმწიფოს სოციალურ, ეკონომიკურ და კულტურულ ასპექტებს უნდა ითვალისწინებდეს.

ზოგადად, პოლიფარმაცია ძალიან სერიოზული საკითხია და მრავალი პრობლემის მიზეზად შეგვიძლია განვიხილოთ. საყურადღებოა მედიკამენტთა ურთიერთქმედება, თითოეული მათგანის გვერდითი მოვლენები, ფინანსური მხარე და ა.შ. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პოლიფარმაციის სახედ, უმეტესად, გვხვდება ისეთ შემთხვევა, როდესაც რეცეპტში გამოწერილია რამდენიმე იდენტური შემადგენლობისა და მოქმედების პრეპარატი.

მრავალი არასაჭირო მედიკამენტის გამოწერა არაპაციენტცენტრული ქმედებაა, რამდენადაც ლახავს მის ფინანსურ ინტერესებს და მეტიც, პირდაპირ თუ ირიბად ეწინააღმდეგება „არ ავნოს“⁶⁰ ფუნდამენტურ ვალდებულებას, რომელიც თითოეულ ექიმს აკისრია.

საქართველოში „2016-2020 წლებში, დარგის მარეგულირებლის მიერ არ გამოვლენილა სამედიცინო პერსონალსა და ფარმაცევტულ კომპანიებს/დაწესებულებებს შორის ინტერესთა

კონფლიქტის არც ერთი შემთხვევა, რაც გასაკვირი არ არის იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ დარგის მარეგულირებელს კანონმდებლობის დონეზე არ გააჩნია სისტემის ეფექტიანობის მექანიზმები. ევროპის ყველა ქვეყანაში დანერგილია რეცეპტის/დანიშნულების გამომწერი პირისა და ფარმაცევტის საქმიანობის ეფექტიანი კონტროლის მექანიზმები - ელექტრონული რეცეპტის, მკურნალობის გაიდლაინების, მკურნალობის ბიუჯეტის ზედა ზღვრის სახით და შესაბამისად, ხორციელდება დარგის უწყვეტი მონიტორინგი“.⁶¹

ქართულ სამართლებრივ რეალობაში შეინიშნება პრობლემის მოგვარების მცდელობები, თუმცა ჯერ-ჯერობით თეორიული დანაწესები პრაქტიკაში ბოლომდე არ არის ასახული, რითაც კვლავ აქტუალურია პოლიფარმაციის პრობლემა. საქართველოს მთავრობის მიერ დამტკიცებულია „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია“⁶², რომლის ფარგლებშიც ამოცანად დასახულია „ფარმაცევტული პროდუქტების რაციონალურ გამოყენებაზე კონტროლის გაძლიერება“, გამოწვევად კი - ფარმაცევტული პროდუქტის აგრესიული მარკეტინგი და რეკლამირება, ფარმკომპანიების მხრიდან სამედიცინო პერსონალისა და ფარმაცევტების წახალისება მედიკამენტების დანიშვნასა და გამოყენებაზე; მედიკამენტების არარაციონალურად გამოყენება და პოლიფარმაცია. იქიდან გამომდინარე, რომ სწორედ მედიკამენტების აგრესიული მარკეტინგი, დაფინანსება და ექიმების წახალისება იწვევს პოლიფარმაციას, მედიკამენტების არარაციონალურ გამოყენებას და თვითმკურნალო-

⁵⁹ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ. გვერდი. ხელმისაწვდომია: <https://www.moh.gov.ge/ka/687> (უკნასკნელად ნანახია: 22.05.2022)

⁶⁰ ეს ის ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპია, რომლითაც ხელმძღვანელობს/უნდა ხელმძღვანელობდეს ნებისმიერი სამედიცინო პერსონალი. ზიანი პრაქტიკაში სხვადასხვანირი შეიძლება იყოს: სამედიცინო პერსონალის არაკვალიფიციურობით, დაუდევრობით, ამა თუ იმ სიტუაციაში ობიექტური აუცილებლობით გამოწვეული ან სულაც განზრახ მიყენებული ზიანი. თითოეულ მათგანს შე-

საბამისი მორალური და სამართლებრივი კვალიფიკაცია ეძლევა ხოლმე. ცხადია, დაირღვევა „არ ავნოს“ პრინციპი, თუკი პაციენტს დაენიშნება ბევრი უსარგებლო მედიკამენტი, რომელთა ურთიერთქმედებაც მას ავნებს, რომლის საკმაოდ მაღალ რისკებს მოიცავს პოლიფარმაცია.

⁶¹ კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 36.

⁶² „საქართველოს 2022 – 2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 2 მაისის N230 დადგენილება.

ბას, რაც ხელს უწყობს საქართველოში მედიკამენტებზე მაღალ დანახარჯებს და საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობას, სახელმწიფო გეგმავს გააძლიეროს კონტროლი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის აღსრულებაზე მედიკამენტების დანიშვნის, რეკლამირებისა და მარკეტინგის ნაწილში. დაგეგმილია შეიქმნას მძლავრი აუდიტის სისტემა, რომელსაც განახორციელებს სსიპ - სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო, რაც ხელს შეუწყობს სამართალდარღვევების სწრაფ გამოვლენას და შესაბამის რეაგირებას ჯარიმებისა და სხვა სანქციების მეშვეობით. ელექტრონული რეცეპტების გამოყენებით გაკონტროლდება ექიმების მიერ დანიშნული მედიკამენტების რაოდენობა, შემადგენლობა და მიზანშეწონილობა და გაძლიერდება ზედამხედველობისა და მონიტორინგის სისტემა წამლების არარაციონალურ გამოყენებასა და პოლიფარმაციაზე.

ზემოხსენებული სტრატეგიის მიხედვით, ელექტრონული რეცეპტების სისტემა აქტიურად იქნება გამოყენებული ექიმის მიერ გაცემული დანიშნულების უსაფრთხოებისა და ხარისხის უზრუნველსაყოფად. მედიკამენტებთან დაკავშირებული შეცდომების შესამცირებლად, ელექტრონული რეცეპტების პროგრამაში ინტეგრირდება გაფრთხილების სისტემები, კერძოდ, წამლის დუბლირებისა და მათ შორის სარისკო ურთიერთქმედების თაობაზე.

ასევე, დაგეგმილია ელექტრონული ჯანდაცვის ერთიანი პლატფორმის შექმნა, რომელიც ელექტრონული ჯანდაცვის ძირითად სერვისებს გააერთიანებს პაციენტებთან დაკავშირებული სამედიცინო მონაცემების (მაგალითად,

„პაციენტების მოკლე ისტორია“ (Patient Summary), ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები, ელექტრონული რეცეპტები და ა.შ.) მართვისა და გაცვლის მიზნით და შესაბამისობაში იქნება ევროკავშირის სტანდარტებთან.

ამასთან, სამედიცინო დაწესებულებების წილი, რომლებიც იყენებენ ელექტრონულ რეცეპტებს და რომლებიც დაკავშირებული არიან ერთიან ელექტრონულ პლატფორმასთან, 2020 წლის საბაზისო მაჩვენებელით იყო 82%, 2030 წლის სამიზნე მაჩვენებელი კი არის 100%.

ზემოხსენებულ სტრატეგიას ეხმარება საკანონმდებლო დანაწესი, რომლის მიხედვითაც, 2022 წლის 1-ლი მარტიდან, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი/დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირი (გარდა სოფლის ექიმისა), ვალდებული გახდა, პაციენტისათვის დანიშნული სამკურნალო საშუალება გამოწეროს ელექტრონული ფორმით.⁶³

ასევე, „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით შეიქმნა „პროფესიული განვითარების საბჭო“. ამავე ბრძანებით, ზემოხსენებულ საბჭოსთან შეიქმნა პოლიფარმაციის შემსწავლელი ჯგუფი, პოლიფარმაციის შემთხვევების გამოვლენისა და რეაგირების მიზნით, რომელიც საქმიანობს „პოლიფარმაციის შემთხვევების გამოვლენისა და რეაგირების წესით“ დადგენილი პროცედურების დაცვით.⁶⁴

⁶³ „მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) ფორმა №3 ელექტრონული რეცეპტის ბრუნვის წესის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 26 ივლისის N01-29/6 ბრძანებაში ცვლილებს შეტანის თაობაზე საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2022 წლის

26 თებერვლის N01-19/6 ბრძანების 1-ლი მუხლის 1-ლი პუნქტი.

⁶⁴ „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 15 აგვისტოს N01-9/6 ბრძანება.

„პროფესიული განვითარების საბჭოს“ საკმაოდ მრავალფეროვან უფლებამოსილებათგან ერთ-ერთია სამედიცინო პერსონალის საქმიანობასთან დაკავშირებული განცხადება-საჩივრების განხილვა, ასევე, სსიპ-სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ (რომელიც ასრულებს მისი სამდივნოს ფუნქციებს და მასში შედიან კლინიკური ფარმაკოლოგები) შესწავლილი მასალების საფუძველზე პროფესიული პასუხისმგებლობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება. სწორედ ამგვარი პასუხისმგებლობის საფუძველი შეიძლება გახდეს ექიმის მიერ პოლიფარმაციის ნაწილში, კალენდარული წლის განმავლობაში კანონმდებლობით დადგენილი რაოდენობით, გამოვლენილი დარღვევა.

მექანიზმი პაციენტისთვის მეტწილად გასაგები და მარტივია. კერძოდ, დადგენილი ფორმატის მეშვეობით, იგი მიმართავს პოლიფარმაციის ჯგუფის სამდივნოს კონკრეტულ რეცეპტთან დაკავშირებით, რომელიც მიაჩნია საეჭვოდ.⁶⁵ პირველ ეტაპზე რეცეპტს იხილავს აღნიშნულ ჯგუფში შემავალი კლინიკური ფარმაკოლოგი. იგი უფლებამოსილია განიხილოს რეცეპტი თუ მკურნალობა ჯერ არ დაწყებულია ან მიმდინარეა, ასევე, თუ რეცეპტში მითითებულია ხუთი ან მეტი პროდუქტი და ეს დანიშნულება პაციენტს მიეცა ამბულატორიულ რეჟიმში და/ან სტაციონარიდან გაწერისას. აუცილებელია ამ პირობათა კუმულატიური არსებობა.

რაც შეეხება შინაარსობრივ ნაწილს, ზემოხსენებული ბრძანება, მასში შემავალი ცალკე დანართის სახით - „კლინიკური კრიტერიუმები“- გაწერს იმ ასპექტებს, რომელთა მიხედვითაც, კლინიკურმა ფარმაკოლოგმა უნდა განიხილოს რეცეპტი, კერძოდ:

ა) თუ დანიშნულია ორი ან მეტი სავაჭრო დასახელებით ერთი და იმავე მოქმედი ნივთიერების/ნივთიერებების შემცველი ფარმაცევტული პროდუქტი (შეყვანის გზის გათვალისწინებით);

ბ) ურთიერთჩანაცვლებადი და/ან ერთი და იმავე ფარმაკოლოგიური ჯგუფის მედიკამენ-

ტები ერთდროულადაა დანიშნული (შეყვანის გზის გათვალისწინებით);

გ) მედიკამენტების კატეგორიული შეუთავსებლობაა სახეზე;

დ) დანიშნულება მოიცავს ორზე მეტ ანტიბიოტიკს (შეყვანის გზის გათვალისწინებით);

ე) დანიშნულება მოიცავს ბიოლოგიურად აქტიურ დანამატს.

კლინიკურმა ფარმაკოლოგმა შეიძლება დაასკვნას ორი შემთხვევა: „დანიშნულებას სჭირდება კორექცია ან დანიშნულებას არ სჭირდება კორექცია“. ეს ინფორმაცია, დადგენილი წესით, მიეწოდება პაციენტს.

თუ მიჩნეულ იქნა, რომ დანიშნულება საჭიროებს კორექციას, პაციენტი უფლებამოსილია, მიმართოს ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებას. გარკვეული გარემოებების შემთხვევაში, (მაგალითად, პაციენტს არ შეუცვალეს დანიშნულება ან თავად თვლის, რომ შეცვლილი დანიშნულება საჭიროებს დამატებით გადამოწმებას), პაციენტი უფლებამოსილია, განმეორებით მიმართოს პოლიფარმაციის შემსწავლელ ჯგუფს. განმეორებით მიმართვას კვლავ იხილავს კლინიკური ფარმაკოლოგი.

იმ შემთხვევაში, თუ დანიშნულება საჭიროებს განმეორებით კორექტირებას, შეტყობინება ეგზავნება ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებას. იგი მოიცავს ფარმაკოლოგის რეკომენდაციას (მოკლე ახსნა-განმარტებას) დანიშნულების შეცვლის საჭიროების შესახებ. ამ შემთხვევაში, თუ ექიმი/სამედიცინო დაწესებულება არ ჩათვლის მიზანშეწონილად დანიშნულების შეცვლას, აღნიშნულის თაობაზე მის მიერ, შესაბამის ადმინისტრაციულ ორგანოში წარმოდგენილ დასაბუთებას განიხილავს უკვე არა ერთი ფარმაკოლოგი, არამედ ზემოხსენებული პოლიფარმაციის შემსწავლელი ჯგუფი.

თუ კალენდარული წლის განმავლობაში, ერთი და იმავე ექიმის მიმართ დაფიქსირდება დანიშნულების კორექტირების სულ მცირე შვიდი შემთხვევა, მისი საკითხი განიხილება პოლიფარმაციის შემსწავლელი ჯგუფის ფორმატში. განხილვის შედეგების გათვალისწინებით, ეს უკა-

⁶⁵ მექანიზმი მოქმედებს 2018 წლის 16 ივლისიდან.

ნასკნელი უფლებამოსილია იშუამდგომლოს პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე, ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვის თაობაზე.⁶⁶ იგივე რეგულაცია არსებობს, როდესაც, პაციენტის მიერ წარმოდგენილი დანიშნულება, თავისი არსით განსაკუთრებული შემთხვევაა და მხოლოდ კლინიკური ფარმაკოლოგი ვერ იღებს გადაწყვეტილებას. კერძოდ, პოლიფარმაციის შემსწავლელი ჯგუფის კლინიკური ფარმაკოლოგების დასკვნის საფუძველზე, დასაშვებია, აღნიშნული საკითხიც განხილულ იქნეს პოლიფარმაციის ჯგუფის ფორმატში, ამ უკანასკნელს კი შეუძლია იშუამდგომლოს პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის განხილვის თაობაზე.⁶⁷

ასევე, მოქმედი კანონმდებლობით, რიგი გარემოებების შემთხვევაში⁶⁸, პოლიფარმაციის გამოვლენისას გათვალისწინებულია, ერთი წლის ვადით, შესაბამის ექიმსა და სამედიცინო დაწესებულებაზე ინფორმაციის საჯაროდ განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ. გვერდზე.⁶⁹ აღსანიშნავია, რომ პრაქტიკაში ეს მექანიზმი არ არის დახვეწილად ჩამოყალიბებული.

აბსოლუტურად გასაგებია ზემოხსენებული რეგულირების ლეგიტიმური მიზანი-შეზღუდო-

ს/აღმოფხვრას პოლიფარმაციის შემთხვევები, დაიცვას პაციენტის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება. ამასთან, ტექნიკური თვალსაზრისით, მოცემული რეგულირება ზღუდავს ექიმის თავისუფლებას, თუმცა, ამ ფაქტს აბალანსებს მის მიერ არგუმენტირებული პოზიციის წარდგენის შესაძლებლობა. ცხადია, არსებობს თეორიული შანსები, რომ კონკრეტული ფარმაკოლოგი/პოლიფარმაციის შემსწავლელი ჯგუფი ვერ ჩასწვდეს სრულფასოვნად დანიშნულების არსს, პაციენტის ანამნეზის დეტალური არცოდნის გათვალისწინებით. სწორედ აღნიშნულის პრევენციისთვის უნდა იქნას წარმოდგენილი სამედიცინო პერსონალის მიერ სრულყოფილი არგუმენტაცია. რეალურად, აქ ორი ფუნდამენტური უფლების ხელყოფის საფრთხე უპირისპირდება ერთმანეთს - ექიმის რეპუტაციის შელახვისა და პაციენტის მიერ ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მიუღებლობის საფრთხე. (არასაჭირო მრავალი მედიკამენტის მიღება).

დღესდღეისობით, კანონმდებლის მიერ შემოთავაზებულია სწორედ ზემოაღნიშნული მიდგომა. აუცილებელია მას არ ჰქონდეს ე.წ. „მკვდარი ნორმების“ სახე და სწორად და ეფექტურად რეალიზდებოდეს. მნიშვნელოვანია მოქალაქეთა ინფორმირებულობის დონის ზრდა. სამუშაოა აღნიშნული პროცესისადმი ექიმთა დამოკიდებულების მიმართულებითაც. მათი მხ-

⁶⁶ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 15 აგვისტოს N01-9/6 ბრძანებით დამტკიცებული N2 დანართის მე-18 პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტი.

⁶⁷ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 15 აგვისტოს N01-9/6 ბრძანებით დამტკიცებული N2 დანართის მე-18 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტი.

⁶⁸ ექიმი/სამედიცინო დაწესებულება პოლიფარმაციის შემსწავლელ ჯგუფს არ წარუდგენს ინფორმაციას, რომ შეცვალა დანიშნულება, ან არშეცვლის შემთხვევაში არ წარუდგენს შესაბამის არგუმენტაციას; დანიშნულების არშეცვლის თაობაზე ექიმის/დაწესებულების მიერ წარმოდგენილი დასაბუთება პოლიფარმაციის ჯგუფის მიერ მიჩნეულ იქნება მყარ, საფუძვლიან არგუმენტაციას მოკლებულად; კალენდარული წლის განმავლობაში ერთი და იმავე ექიმის მიმართ დაფიქსირდება დანიშნულების კორექტირების სულ მცირე 5 შემთხვევა.

⁶⁹ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 15 აგვისტოს N01-9/6 ბრძანებით დამტკიცებული N2 დანართის მე-18 პუნქტის „ა-ბ“ ქვეპუნქტი.

რიდან, ეს მექანიზმი, მეტწილად, აღიქმება, როგორც ბიუროკრატიული პროცესი, მით უფრო, არც თუ ისე არაბიუროკრატიულ სამუშაო პირობებში, რომელიც შესაბამისი ჯანდაცვის პოლიტიკითაა გამოწვეული.

ამდენად, პოლიფარმაციასთან დაკავშირებით ჯერაც მთელი რიგი გარემოებებია სამართლებრივად თუ პრაქტიკულად დასარეგულირებელი, სტრატეგიის დონეზე დასახული მიზნებია მისაღწევი. კერძოდ, ელექტრონული რეცეპტის სისტემა არ არის სრულყოფილად დანერგილი, არ არსებობს ფარმაცევტული კომპანიისა და სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობის მაკონტროლებელი ეფექტური მექანიზმ(ებ)ი. პოლიფარმაციის აღმოსაფხვრელად უკვე დანერგილ მექანიზმსაც აქვს პრაქტიკული რეალიზების პრობლემა. მოსახლეობის ცნობიერებაც არ არის საჭირო დონეზე ამაღლებული. პრობლემის მოგვარება საჭიროებს სახელმწიფოებრივად სისტემურ მიდგომას.

IV. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამისა და კერძო დაზღვევის ურთიერთმიმართება

მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ჭრილში არსებითი საკითხია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამისა და კერძო დაზღვევის⁷⁰ ურთიერთმიმართება.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედებული ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაო პროგრამის მოსარგებლე ვერ იქნება კერძო სადაზღვევო სქემაში ჩართული პირი.⁷¹ უშუალოდ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა კი, როგორც უკვე ზემოთაც აღინიშნა, სრულად არ ფარავს სამედიცინო საჭიროებათა სპექ-

ტრს, მათ შორის მედიკამენტების ნაწილში. რაც ნიშნავს იმას, რომ კონკრეტულ ადამიანს, რომელიც ამ პროგრამის ბენეფიციარია, შესაძლოა უფინანსადებოდეს რიგი ამბულატორიული თუ სტაციონარული სერვისი, თუმცა არ ჰქონდეს საჭირო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა. ამასთან, მოქმედი კანონმდებლობა მას საშუალებასაც არ აძლევს შეიძინოს კერძო დაზღვევის ფარგლებში, მხოლოდ მედიკამენტების ნაწილში, ასე ვთქვათ, გადამფარავი სადაზღვევი პროდუქტი, რომელიც მათზე ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობას გააჩენდა. არსებული საკანონმდებლო რეგულირების ანარეკლია ფაქტობრივი მოცემულობაც, რომლის მიხედვითაც, საქართველოში ფუნქციონირებადი 18 ლიცენზირებული⁷² სადაზღვევო ორგანიზაციიდან არც ერთს არ გააჩნია მხოლოდ მედიკამენტების საჭიროებასთან დაკავშირებული რისკის დამზღვევის სადაზღვევო პროდუქტი.

„ამგვარი მიდგომა განსხვავდება ევროპის ქვეყნებში დამკვიდრებული მიდგომებისგან, სადაც არსებობს ე.წ. „შემავსებელი პაკეტების“ პრაქტიკა.

საქართველოშიც, საკანონმდებლო ცვლილებების პირობებში, სავარაუდოა, რომ სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან, შესაძლებელი იქნება ზემოხსენებული პროდუქტის ბაზარზე გამოტანა. აღნიშნული პაკეტები, დასაზღვევო რისკების სიმცირის გათვალისწინებით, სავარაუდოდ, იქნება ფინანსურად გაცილებით ხელმისაწვდომი, ვიდრე დღეს არსებული შეთავაზებები. კონკურენციის თვალსაზრისით, აღნიშნული ცვლილება მნიშვნელოვანია იმდენად, რამდენადაც მედიკამენტებზე გაწეული დანახარჯების შემცირებაში სადაზღვევო კომპანიებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლის შესრულება, რადგან ისინი წარმოადგენენ ბაზარზე მოქ-

⁷⁰ სსიპ - საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სახელმწიფო სამსახურის მონაცემებით, 2022 წლის 31 მარტის მდგომარეობით, საქართველოს მოსახლეობის 18 პროცენტი სარგებლობს სამედიცინო დაზღვევით. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებ. გვერდზე: <https://www.insurance.gov.ge/ka/Statistics/GetFile/625?type=1>; (უკანასკნელად ნანახია: 2022 წლის 8 ივნისს).

⁷¹ იხ. „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს 2013

წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის“ მე-2 მუხლის 1-ლი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტი და 3⁴ პუნქტი.

⁷² იხ. სსიპ - საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სახელმწიფო სამსახურის ვებ. გვერდი. მონაცემები განხილულია 2022 წლის 24 მაისის მდგომარეობით.

მედ იმ სუბიექტებს, რომელთა პირდაპირ კომერციულ და ბიზნეს ინტერესებში შედის მომხმარებლის მიერ მედიკამენტებზე გასაწევი დანახარჯების შემცირება”.⁷³ საყურადღებოა, რომ სსიპ - საქართველოს კონკურენციის ეროვნულმა სააგენტომაც, 2021 წელს გამოქვეყნებული კვლევის დასკვნის მიხედვით, ზემოხსენებული საკითხის მოგვარება პირველი რიგის რეკომენდაციებში გაიყვანა.⁷⁴ სამწუხაროდ, ჯერჯერობით რაიმე სახის საკანონმდებლო სიახლე არ იგეგმება. აუცილებელია დღეს არსებული მიდგომის შეცვლა, ალოგიკურია მიდგომა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა და კერძო დაზღვევა იყოს ურთიერთსაწინააღმდეგო მოცემულობები, მათი ტანდემური ფუნქციონირება აბსოლუტურად შესაძლებელია სწორი სახელმწიფოებრივი ადმინისტრირებისა და შესაბამისი სექტორის ზედამხედველობის პირობებში.

V. დასკვნა

ლაკონურად რომ შეჯამდეს საქართველოში არსებული მდგომარეობა, ფაქტია, რომ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის არც ერთი კრიტერიუმი სრულად არ კმაყოფილდება. პრობლემურია როგორც ფიზიკური, მით უფრო, ფინანსური ხელმისაწვდომობა. მართალია, მედიკამენტების ხარისხის თვალსაზრისით შესაბამისი ღონისძიებები გაწერილია, თუმცა მათი რეალიზება დროშია გაწელილი.

მოცემული სტატიის ფარგლებში გამოკვეთილი იმ ძირითადი პრობლემური ასპექტების დროული მოგვარება, რომლებიც აბრკოლებენ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის მაჩვენებლის ზრდას, არა მხოლოდ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის ფუნდამენტური უფლების რეალიზების მიზნით, არამედ საქართველოს ევროპული მომავლის ინტერესების გათვალისწინებითაც, სასიცოცხლოდ აუცილებელია.

⁷³ საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 38-40.

⁷⁴ საქართველოს კონკურენციის ეროვნული სააგენტო, ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. თბილისი, 2021, გვ. 38, 40.

გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის 630a-630h-ე პარაგრაფები – სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება

(თაგრმანი)

§ 630a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

§ 630b Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit nicht in diesem Untertitel etwas anderes bestimmt ist.

§ 630c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren

§ 630a ხელშეკრულებისთვის დამახასიათებელი ვალდებულებები სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების დროს

(1) სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების მიხედვით, ის პირი, რომელიც პაციენტის სამედიცინო მომსახურებას დაეთანხმება (მკურნალობის გამწევი პირი), ვალდებულია გასწიოს შეპირებული სამედიცინო მომსახურება, მეორე მხარე (პაციენტი) ვალდებულია მისცეს შეპირებული გასამრჯელო, თუ მესამე პირი არაა ვალდებული გადახდაზე.

(2) თუ სხვა რამ არ არის შეთანხმებული, სამედიცინო მომსახურება უნდა განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების გაწევის მომენტისათვის არსებული, ზოგადად აღიარებული დარგობრივი სტანდარტით.

§ 630 b გამოსაყენებელი ნორმები

სამედიცინო მომსახურების ურთიერთობაზე ვრცელდება ნორმები მომსახურების ხელშეკრულების შესახებ, რომლებიც 622-ე პარაგრაფის მიხედვით არ წარმოადგენს შრომით ურთიერთობას, თუ ამ ქვეთავში სხვა რამ არ არის განსაზღვრული.

§ 630c ხელშეკრულების მხარეთა თანამშრომლობა; ინფორმირების ვალდებულებები

(1) მკურნალობის გამწევი პირი და პაციენტი მკურნალობისას უნდა თანამშრომლობდნენ.

(2) მკურნალობის გამწევი პირი ვალდებულია, პაციენტს მკურნალობის დასაწყისში და, თუ აუცილებელია, მისი მიმდინარეობისას, გასაგები

* გერმანულიდან თარგმნა ფიქრია ბაქრაძემ.

Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

ფორმით განუმარტოს სხვა დანარჩენი სამედიცინო მომსახურების გაწევისათვის აუცილებელი გარემოებები, განსაკუთრებით, დიაგნოზი, გამოჯანმრთელების პროცესის სავარაუდო განვითარება, თერაპია, თერაპიისთვის და თერაპიის შემდგომ განსახორციელებელი პროცედურები. ²თუ მკურნალობის გამწვევი პირისთვის შესამჩნევია გარემოებები, რომლებიც ასაბუთებენ ვარაუდს იმის შესახებ, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დაშვებულ იქნა შეცდომა, მან ამის შესახებ უნდა აცნობოს პაციენტს მის მიერ კითხვის დასმის შემთხვევაში ან თუ ეს აუცილებელია ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენების საფრთხის თავიდან აცილებისთვის. ³თუ მკურნალობის გამწვევა პირმა ან სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 52-ე §-ის პირველ ნაწილში აღნიშნულმა მისმა ნათესავმა მკურნალობაში შეცდომა დაუშვა, შეიძლება ინფორმაცია გამოყენებულ იქნეს მეორე წინადადების მიხედვით მტკიცების მიზნებისთვის მკურნალობის გამწვევი პირის საწინააღმდეგოდ, ან მისი ნათესავის წინააღმდეგ წარმოებული სისხლის - ან ფულადი ჯარიმის დაკისრების შესახებ სამართალწარმოებაში მხოლოდ მკურნალობის გამწვევი პირის თანხმობით.

(3) ¹თუ მკურნალობის გამწვევა პირმა იცის, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვა მესამე პირის მიერ სრულად არაა უზრუნველყოფილი ან გარემოებების თანახმად წარმოიშობა ამისთვის საკმარისი საფუძველი, მან პაციენტს სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე წერილობითი ფორმით უნდა აცნობოს სავარაუდო ხარჯების შესახებ. ²ფორმასთან დაკავშირებული მოთხოვნები, რომლებიც სხვა ნორმებიდან გამომდინარეობს, რჩება უცვლელი.

(4) გამონაკლისის სახით, პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდების ვალდებულება არ არსებობს განსაკუთრებული შემთხვევების გამო, განსაკუთრებით, როცა საქმე ეხება გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებას ან როდესაც პაციენტმა ინფორმაციის მიღებაზე უარი გარკვევით განაცხადა.

§ 630d Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den

§ 630 d თანხმობა

(1) ¹სამედიცინო ღონისძიების განხორციელებამდე, განსაკუთრებით, სხეულებრივ მთლიან-

Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

§ 630e Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1.

mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug

ნობაში ან ჯანმრთელობაში ჩარევამდე, მკურნალობის გამწევი პირი ვალდებულია პაციენტის თანხმობა გამოითხოვოს. ²თუ პაციენტი არ შესწევს თანხმობის გაცხადების უნარი, თანხმობა გამოითხოვილი უნდა იყოს ამაზე უფლებამოსილი პირისგან, თუ პაციენტის განკარგულება § 1901a I 1-ის მიხედვით ღონისძიებას არ უშვებს ან არ კრძალავს. ³თანხმობის შესახებ, სხვა ნორმებიდან გამომდინარე მოთხოვნები, რჩება უცვლელი. ⁴გადაუდებელი ღონისძიება შეიძლება პაციენტის თანხმობის გარეშე განხორციელდეს, თუ გადაუდებელი ღონისძიების განხორციელების აუცილებლობისას პაციენტის დროული თანხმობის გამოთხოვა შეუძლებელია და აღნიშნული პაციენტის სავარაუდო სურვილს შეესაბამება.

(2) თანხმობის ნამდვილობის წინაპირობაა, რომ პაციენტი ან, პირველი ნაწილის მეორე წინადადების შემთხვევაში, თანხმობის გაცემაზე უფლებამოსილი პირი თანხმობის გამოთხოვამდე § 630e I-IV პარაგრაფის მოთხოვნების შესაბამისად იქნა ინფორმირებული.

(3) თანხმობა შეიძლება გამოთხოვილ იქნას ნებისმიერ დროს საფუძვლების მითითების გარეშე ფორმის დაუცველად.

§630e ახსნა-განმარტების ვალდებულებები

(1) ¹მკურნალობის გამწევი პირი ვალდებულია პაციენტს უგამონაკლისოდ აუხსნას თანხმობის მისაღებად აუცილებელი არსებითი გარემოებები. ²ამას მიეკუთვნება: განსაკუთრებული ღონისძიებების სახე, მოცულობა, განხორციელება, მოსალოდნელი შედეგები და რისკები ისევე, როგორც მათი აუცილებლობა, გადაუდებლობა, გამოსადეგობა და შედეგების განჭვრეტადობა დიაგნოზის ან თერაპიის გათვალისწინებით. ³ახსნა-განმარტების დროს მისათითებელია ასევე ღონისძიებების ალტერნატივებზე, როდესაც რამდენიმე, სამედიცინო თვალსაზრისით თანაბრად მისაღებ და ჩვეულებრივ მეთოდებს, არსობრივად განსხვავებული დატვირთვების, რისკების ან გამოჯანმრთელების შანსების გამოწვევა შეუძლიათ.

(2) ახსნა განმარტება უნდა განხორციელდეს:

1. მკურნალობის გამწევის ან იმ პირის მიერ, რომელიც ღონისძიებების განსახორციელებ-

genommen werden, die der Patient in Textform erhält,

2.

so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,

3.

für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 630f Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die

ლად საჭირო განათლებას ფლობს; დამატებით შესაძლებელია ასევე იმ დოკუმენტებზე დაყრდნობა, რომლებსაც პაციენტი წერილობითი ფორმით იღებს;

2. ისე დროულად, რომ პაციენტს საკმარისი დრო ჰქონდეს გადაწყვეტილების მისაღებად;

3. პაციენტისთვის უნდა იყოს გასაგებად ფორმულირებული.

პაციენტს ოფიციალურად უნდა ჩაბარდეს ასლები დოკუმენტებიდან, რომლებსაც მან ახსნა-განმარტებასთან ან თანხმობასთან ერთად ხელი მოაწერა.

(3) პაციენტისთვის ახსნა-განმარტების მიცემა განსაკუთრებული გარემოებების გამო არაა აუცილებელი, განსაკუთრებით მაშინ, როცა საქმე ეხება გადაუდებელ ღონისძიებებს ან როდესაც პაციენტმა ახსნა-განმარტებაზე მკაფიო უარი განაცხადა.

(4) თუ § 630d I 2-ის თანახმად, თანხმობა უნდა იქნეს მიღებული ამისათვის უფლებამოსილი პირისგან, შესაბამისად, მას უნდა განემარტოს პირველიდან მესამე აბზაცის მოთხოვნები.

(5) ¹ § 630d I 2 -ის შემთხვევაში პაციენტს, თავისი აღქმის უნარის შესაბამისად, უნდა განემარტოს პირველი აბზაცში მითითებული არსებითი გარემოებები, რამდენადაც ამ უკანასკნელს თავისი განვითარების დონისა და აღქმის შესაძლებლობების საფუძველზე შეუძლია აღიქვას ახსნა-განმარტება, და რამდენადაც ეს არ ეწინააღმდეგება მის კეთილდღეობას. ²მესამე აბზაცი მოქმედებს შესაბამისად.

§ 630 f სამედიცინო მომსახურების დოკუმენტირება

(1) ¹მკურნალობის გამწევი პირი ვალდებულია დოკუმენტირების მიზნით სამედიცინო მომსახურების გაწევის დროს აწარმოოს პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერები მატერიალური ან ელექტრონული ფორმით. ²შესწორებები და ცვლილებები შეყვანილ მონაცემებში მხოლოდ მაშინ არის დასაშვები, თუ თავდაპირველ შინაარსთან ერთად შესაძლებელია იმის გაგება, თუ როდის განხორციელდა ისინი. ³იგივე უნდა იქნეს უზრუნველყოფილი პაციენტის ელექტრონულად წარმოებული სამედიცინო ჩანაწერებისთვის.

derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

(2) ¹მკურნალობის გამწევი პირი ვალდებულია, პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში ასახოს ასევე სხვა არსებითი ღონისძიებები და მათი შედეგები, თუ ისინი, მისი პროფესიული ხედვიდან გამომდინარე, იმ დროისთვის და მომავალი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია, განსაკუთრებით, ანამნეზი, დიაგნოზები, გამოკვლევები, გამოკვლევის შედეგები, გამოკვლევის მონაცემები, თერაპიები და მათი ზემოქმედებანი, ჩარევები და მათი ზემოქმედებანი, თანხმობები და ახსნა-განმარტებები. ²ექიმის ჩანაწერები, მოსაზრებები თუ დასკვნები უნდა აისახოს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

(3) მკურნალობის გამწევა პირმა სამედიცინო მომსახურების დასრულებიდან 10 წლის განმავლობაში უნდა შეინახოს პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერები, თუ სხვა ნორმებით შენახვის სხვა ვადები არ არის განსაზღვრული.

§ 630g პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობა

(1) პაციენტს, მოთხოვნის შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ უნდა მიეცეს შესაძლებლობა გაეცნოს მასთან დაკავშირებულ სამედიცინო ჩანაწერებს, თუ ეს წინააღმდეგობაში არ მოდის მნიშვნელოვან თერაპიულ საფუძვლებთან ან მესამე პირის სხვა მნიშვნელოვან უფლებებთან. სამედიცინო ჩანაწერების წვდომაზე უარის თქმა უნდა დასაბუთდეს. შესაბამისად, უნდა იქნას გამოყენებული 811-ე პარაგრაფი.

(2) პაციენტს ასევე შეუძლია მოითხოვოს პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერების ელექტრონული ასლები. მან უნდა აუნაზღაუროს მკურნალობის გამწევ პირს ამის გამო წარმოშობილი ხარჯები.

(3) პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში პირველ და მეორე ნაწილში მოცემული უფლებები ქონებრივი ინტერესების დაცვისთვის აქვთ შემკვიდრება. იგივე მოქმედებს პაციენტის ახლო ნათესავების მიმართ, იმდენად, რამდენადაც ისინი აყენებენ არამატერიალური ინტერესების დაცვის მოთხოვნას. უფლებები გამორიცხულია მაშინ, როცა სამედიცინო ჩანაწერებზე წვდომა ეწინააღმდეგება პაციენტის მკაფიოდ გამოხატულ ან სავარაუდო ნებას.

§ 630h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

§630h მტკიცების ტვირთი სამედიცინო მომსახურების და ახსნა-განმარტების შეცდომის გამო პასუხისმგებლობას

(1) მკურნალობის გამწევი პირის შეცდომა ივარაუდება, როცა სამედიცინო მომსახურების ზოგადი რისკი განხორციელდა, რომელიც მკურნალობის გამწევი პირის სრული კონტროლის ქვეშ იყო და რომელმაც პაციენტის სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობის დაზიანება გამოიწვია.

(2) ¹მკურნალობის გამწევმა პირმა უნდა ამტკიცოს, რომ მან §630d მიხედვით პაციენტის თანხმობა მოიპოვა და, §630e მოთხოვნების შესაბამისად, განახორციელა ახსნა-განმარტება. ²თუ ახსნა-განმარტება არ შეესაბამება §630e მოთხოვნებს, მკურნალობის გამწევ პირს შეუძლია დაეყრდნოს იმას, რომ პაციენტი წესისამებრი ახსნა-განმარტების გაწევის შემთხვევაშიც დაეთანხმებოდა სამედიცინო ღონისძიებას.

(3) თუ სამედიცინო სფეროში საჭირო ძირითადი ღონისძიება და მისი შედეგი, §630f I ან II-ის საწინააღმდეგოდ მკურნალობის გამწევმა პირმა პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში არ ასახა ან პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერები §630f III-ის მოთხოვნების საწინააღმდეგოდ არ შეინახა, ივარაუდება, რომ მან ეს ღონისძიება არ განახორციელა.

(4) თუ მკურნალობის გამწევი პირი მის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურებისთვის კვალიფიცირებული არ იყო, ივარაუდება, რომ სწორედ ამ არასაკმარისმა კვალიფიკაციამ გამოიწვია სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობის დაზიანება.

(5) ¹როდესაც ნათელია სამედიცინო მომსახურების უხეში შეცდომა, რომელსაც თავისი ბუნებიდან გამომდინარე შეუძლია გამოიწვიოს ფაქტობრივად დამდგარი ზიანის სახით სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობის დაზიანება, ივარაუდება, რომ სამედიცინო მომსახურების შეცდომა ამ დაზიანების გამომწვევი იყო. ²იგივე მოქმედებს მაშინაც, როცა ექიმმა დროულად არ ჩაატარა ან არ დააზღვია სამედიცინო სფეროში მიღებული აუცილებელი გამოკვლევები, იმდენად, რამდენადაც გამოკვლევას საკმარისი ალბათო-

ბით შეეძლო მოეტანა ისეთი შედეგი, რომელიც გახდებოდა მიზეზი შემდგომი ღონისძიებებისა და მათი განუხორციელებლობაც უხეში შეცდომა იქნებოდა.

სამედიცინო შეცდომები და სისტემური მიდგომის მაგალითები მათი ანალიზისათვის

ასოც. პროფ. ირაკლი სასანიძე

თბილისის სამედიცინო აკადემია, ჯანდაცვის ექსპერტი

I. შესავალი

სამედიცინო შეცდომები წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერიოზულ პრობლემას და საფრთხეს უქმნის პაციენტთა უსაფრთხოებას. „შეცდომა“ დასავლეთის ჯანდაცვის სისტემების სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელ ორგანიზაციებში მთავარ კლინიკურ და კვლევით პრიორიტეტად არის მიჩნეული. მიუხედავად მრავალხმრივი მცდელობისა, სხვადასხვა კვლევებით დადასტურებულია, რომ მათი მაღალი სიხშირე, კვლავაც მნიშვნელოვან წუხილს წარმოადგენს თანამედროვე ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების უსაფრთხოების კუთხით. ასე მაგალითად ჯონს ჰოპკინსის უნივერსიტეტის (Johns Hopkins) ექსპერტების მიერ 8-წლიანი პერიოდის ანალიზის შედეგად მიჩნეულ იქნა, რომ სამედიცინო შეცდომებთან შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს დაახლოებით 250,000 წლიური სიკვდილიანობის შემთხვევა, რომელიც მნიშვნელოვნად აღემატება ამერიკის დაავადებათა კონტროლის (CDC) მიერ 2013 წელს გამოცემულ ანგარიშს - 150, 000 წლიურ შემთხვევას. სამედიცინო შეცდომები ჩრდილოეთ ამერიკაში სიკვდილიანობის მესამე ძირითად მიზეზია გულსისხძარვითა და სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილობების შემდეგ.¹

სამედიცინო შეცდომებთან დაკავშირებული ხარჯები წლიურად 17 მილიარდი აშშ დოლარიდან 29 მილიარდ დოლარამდე მერყეობს და მოიცავს დაკარგულ შემოსავალთან, უნარშე-

ლუდულობასთან და დამატებით სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ხარჯებს.²

სამედიცინო შეცდომა ჯანდაცვის სისტემაში შესაძლებელია დაფიქსირდეს ნებისმიერ ადგილას, ეს იქნება ჰოსპიტალი, ამბულატორია, ექიმის ოფისი, აფთიაქი თუ პაციენტის საცხოვრებელი. სამედიცინო შეცდომა მოიცავს წამლებს, ოპერაციებს, დიაგნოსტიკას, სამედიცინო აპარატურას, ლაბორატორიული კვლევის შედეგებს.³

ამ სტატიის მიზანია, სამედიცინო შეცდომის განსაზღვრების და იდენტიფიკაციის მცდელობა სისტემური მიდგომის ჭრილში.

II. სამედიცინო შეცდომის განსაზღვრება

სამედიცინო შეცდომა განისაზღვრება, როგორც დაგეგმილი ქმედების დაუსრულებლობა ან არასწორი გეგმის შერჩევა დასახული მიზნის მისაღწევად.⁴

ამ ტიპის შეცდომათა შედეგები ზოგჯერ მყისიერად ვლინდება, ზოგჯერ კი მოგვიანებით იჩენს თავს. მაშინ, როდესაც სამედიცინო მომსახურების მიღებიდან დიდი ხანია გასული, მიზეზშედეგობრიობის დადგენა, იმის დაბეჯითებით თქმა, რომ დაყვანილი ეფექტი სწორედ წარსულში დაშვებული შეცდომის ბრალი იყო, შესაძლებელია სირთულეს წარმოადგენდეს.

განასხვავებენ ორი ტიპის სამედიცინო შეცდომას: 1. აღსრულების შეცდომა. რაც იმას ნიშნავს, რომ მკურნალობის პროცესი სწორად იყო დაგეგმილი, ხოლო შეცდომა დაშვებულ იქნა

¹ https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us.

² AHRQ Archive. Chapter 1. Understanding Medical Errors (AHRQ. 30.05.2018).

³ Defining medical error - PMC (nih.gov).

⁴ https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/hpm/americanhealthcare_quality/AmericanHealthCareQuality4.html.

გეგმის შესრულების დროს (დასახული გეგმიდან გადახვევა).

2. დაგეგმვის შეცდომა, როდესაც იმთავითვე არასწორად შეფასდა მდგომარეობა, განისაზღვრა შემდგომი ტაქტიკა და დაიგეგმა მკურნალობის სქემა. ასეთ დროს, რაც უნდა ზედმიწევნით შესრულდეს გეგმა, შედეგი არასასურველი იქნება.

ისტორიულად, სისტემური მიდგომისაგან განსხვავებით, მედიცინაში ითვლებოდა, რომ შეცდომა მეტად ინდივიდუალური ხასიათისაა და ის პერსონებთან არის ასოცირებული. 1999 წლის აშშ მედიცინის ინსტიტუტის (IOM) კვლევის (To Err is Human) შედეგებმა შეცვალა დამოკიდებულება შეცდომის მიმართ.

უმეტეს შემთხვევაში, სამედიცინო შეცდომა დაკავშირებულია სისტემაში არსებულ ხარვეზებთან და არა ჰუმანურ ინდივიდუალურ პრობლემებთან.

პრობლემა ცუდ ხალხში კი არ არის, არამედ იმაში, რომ კარგი ხალხი შესაძლოა მუშაობდნენ ცუდ სისტემებში, რომლებიც საჭიროა გახდეს უსაფრთხო.⁵ მაგალითად, არ შეიძლება დაადანაშაულო ქირურგი, რომელმაც შეცდომა დაუშვა ოპერაციის დროს, თუ ის გადაღლილია იმის გამო, რომ მას შემცვლელი არ ჰყავდა ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში.

სისტემური სამედიცინო შეცდომების პროგნოზირება შედარებით ადვილია, შესაბამისად, შესაძლებელია პრევენციული ღონისძიებების გატარება, თუმცა ეს ღონისძიებები ყოველთვის არ არის ისეთი სწრაფი და ეფექტური, როგორიც სასურველია რომ იყოს, რასაც ადასტურებს სამედიცინო შეცდომების მზარდი სტატისტიკა.

III. სამედიცინო შეცდომის ძირითადი მაგალითები

სხვადასხვა ავტორი წარემოადგენს სამედიცინო შეცდომათა სხვადასხვა სახეობას. ქვემოთ მოყვანილია 7 ყველაზე ხშირი სამედიცინო შეცდომის მაგალითი:

1. დიაგნოსტიკური შეცდომები - სამედიცინო შეცდომების ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მაგალითია. ის მოიცავს დიაგნოსტიკური ტესტების დაგვიანებულად ჩატარებას, არასწორი სადიაგნოსტიკო კვლევების დანიშვნას ან მათ არასწორ ინტერპრეტაციას. ასევე შესაძლებელია

მასალის დაბინძურება ან სამედიცინო (ლაბორატორიული აპარატურის) გაუმართაობა ან არასწორი კალიბრირება.

2. წამლისმიერი შეცდომები - დამახასიათებელია სამედიცინო პრაქტიკის უშუალოდ წარმოების დროს და მოიცავს არასწორ დოზირებას, არასწორი წამლის გამოწერას, მსგავსი სახელების მქონე სხვადასხვა მედიკამენტის გამოყენებას. იგივე ეხება ექთანის პრაქტიკასაც - არასწორი წამლის ან არასწორი დოზით წამლის პაციენტისთვის მიწოდება (ძირითადად არასწორი კომუნიკაციის მიზეზით). წამალთან დაკავშირებული შეცდომა ხშირია აფთიაქებში, როცა ფარმაცევტი არასწორად კითხულობს დანიშნულებას ან თავის თავზე იღებს რომელიმე წამლის დანიშვნას, ან აძლევს რჩევას პაციენტს ამა თუ იმ მედიკამენტის მიღებასთან დაკავშირებით;

3. ქირურგიული შეცდომები - მოიცავს არასწორ ადგილას, ან არასწორი ოპერაციის, ან საოპერაციო გეგმის განხორციელებას - სხვა კიდურის მოკვეთა ან სხვა ორგანოს ამოკვეთა; ქირურგიული ინსტრუმენტების ან მასალის ჩატოვება საოპერაციო არეში; პაციენტის ცუდი პოსტოპერაციული მეთვალყურეობა და მონიტორინგი, რაც შესაძლოა მნიშვნელოვანი გართულებების მიზეზი გახდეს;

4. მშობიარობასთან დაკავშირებული შეცდომები - ორსულობის ცუდი მონიტორინგი, არასათანადო რეკომენდაციები, საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით დაგვიანებული გადაწყვეტილება, ვაკუუმის ან სხვა დამხმარე სამშობიარო საშუალებების არასწორი გამოყენება და ბავშვთა ტრავმატიზმი. ახალდაბადებულის არასწორი ან არასაკმარისი შეფასება, რაც შესაძლოა მომავალში მისი სხვადასხვა ტიპის უნარ-შეზღუდულობის მიზეზი გახდეს;

5. ანესთეზიასთან დაკავშირებული შეცდომები საკმაოდ ხშირია სამედიცინო პრაქტიკაში და ის მოიცავს ჟანგბადის ან საანესთეზიო საშუალებების არასწორად გამოყენებას, ანესთეზიოლოგის მიერ პაციენტის დაავადების წინა ისტორიის არასრულ და არასათანადო შესწავლას, რამაც შესაძლოა ანესთეზიის შემდგომი გართულებები ან ადრეული სიკვდილი გამოიწვიოს;

7. საკომუნიკაციო შეცდომები - ეს ერთერთი ყველაზე ხშირი სამედიცინო შეცდომის მაგალითია. ასხვავებენ ვერბალურ, წერით და შერე-

⁵ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S.

Donaldson Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. To Err is Human.

ულ კომუნიკაციებს. კომუნიკაციის პრობლემა შეიძლება შეიქმნას ექიმსა და პაციენტს (მაგ. ენის ბარიერი), ექიმსა და ექთანს, ექიმსა და ექიმს, ექთანსა და პაციენტს შორის. ექიმსა და ექთანს შორის არასწორი კომუნიკაციის ხშირი მაგალითია მსგავსი დასახელების წამლის დანიშვნა ვერბალურად, როცა ექიმი ექთანს უსახელებს კონკრეტულ წამალს, ხოლო ექთანი აღიქვამს და პაციენტს აწვდის მსგავსი დასახელების სხვა წამალს;

8. ინფექციები და მეორადი გართულებები - წარმოადგენს სიცოცხლისათვის ერთ-ერთ ყველაზე საშიშ გართულებას. მაგალითად, ჰოსპიტალშიდა ინფექციები, რომლებიც დაკავშირებულია ხელის დაბანასთან (50% -ით ამცირებს ინფექციის რისკს) ან ხელთათმანის, პირბადის არასწორ ხმარებასთან. არასაკმარისი დეზინფექცია და სტერილიზაციის სტანდარტების დაუცველობა; საოპერაციო ან ნაოპერაციო არეალის არასწორი მართვა, კათეტერიზაციასთან დაკავშირებული ინფექციები, სამედიცინო ნარჩენების ნაკადების არასწორი მართვა. ამ ყველაფერმა შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა ჰოსპიტალური ინფექციის შტამებით პაციენტების დაინფიცირება და არასასურველი გამოსავალი.⁶

უმეტეს შემთხვევაში, ყველა ზემოთ ჩამოთვლილის მიზეზი შესაძლებელია სიტუაციაში არსებული იმ ორგანიზაციული და ფუნქციური ბარიერების არარსებობის გამო იყოს, რომლებიც პასუხისმგებელია შეცდომის პრევენციაზე.

სამედიცინო შეცდომის სწორი სისტემური ანალიზისათვის საჭიროა შემდეგი საფეხურების გათვალისწინება:

- იმ სამედიცინო შეცდომების იდენტიფიკაცია, რომლებიც შედეგია მრავალშრიანი სისტემის ფუნქციის დეფიციტისა;
- სამედიცინო შეცდომების სისტემური და არა ინდივიდუალური კუთხით შესწავლა;
- გათვალისწინება, რომ ადამიანი მიდრეკილია შეცდომის დასაშვებად, შეფასება, თუ რამდენად კარგია სისტემის დიზაინი შეცდომის თავიდან ასაცილებლად.

IV. სისტემური აღქმა პაციენტის უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად

სამედიცინო შეცდომის სისტემური მიდგომის მიზანია, აღმოაჩინოს გარემოებები ან ზე-

მოქმედი ფაქტორები, რომლებსაც მივყავართ ადამიანურ შეცდომებამდე. ამას უნდა მოჰყვეს სისტემის იმ ნაწილების გაუმჯობესება, რომლებიც ხელს უწყობს (ან არ უშლის) შეცდომის წარმოშობას. როგორც Dr. Reason ამბობდა: „ჩვენ არ შეგვიძლია შევცვალოთ ადამიანური პირობები, მაგრამ შეგვიძლია შევცვალოთ ის პირობები, რომლებშიც ისინი მუშაობენ“.

ჯანდაცვის სერვისების სისტემური შეფასებისათვის 1966 წელს ამერიკელმა ექიმმა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტმა ავედის დონაბედისმა წარმოადგინა კონცეპტუალური მოდელი, რომლის მიხედვითაც ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე შესაძლებელია გაანალიზდეს სამი ძირითადი კატეგორიის საშუალებით. ეს კატეგორიებია: სტრუქტურა, პროცესი და შედეგი. მისი შეხედულებით, სამივე კატეგორია მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთმანეთთან; მისი აზრით სტრუქტურული საბოლოო აქვს ეფექტი პროცესზე, რაც საბოლოოდ ზემოქმედებს შედეგებზე.

ფიგ. №1. დონაბედის სტრუქტურა, პროცესი და შედეგის კომპონენტები ხარისხის სისტემური შეფასებისათვის

სტრუქტურა

პროცესი

შედეგი

1. სტრუქტურა - ფიზიკური და ორგანიზაციული მახასიათებლები, სადაც სამედიცინო მომსახურება მიმდინარეობს: ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა (თანაფარდობა), კვალიფიკაცია, სამედიცინო არასამედიცინო ინფრასტრუქტურა, სამედიცინო აპარატურა, ტექნოლოგიები, საინფორმაციო სისტემა, უსაფრთხოების სისტემები.

2. პროცესი - ფოკუსირდება პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე სერვისები, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა. რამდენად დროული, ადეკვატური, უწყვეტი, კოორდინირებული და სტანდარტიზებულია სამედიცინო მომსახურება.

3. შედეგი - ჯანდაცვის მომსახურების ეფექტი ინდივიდის თუ პოპულაციის ჯანმრთელობის სტატუსზე. გამოჯანმრთელება, დაავადების ქრონიზაცია, სიკვდილი, სიცოცხლის ხარისხის გაუარესება⁷.

⁶ Rosenbaum & Rosenbaum, p.c. | July 7, 2021 | Medical Malpractice.

⁷ Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. N Engl J Med, 375(3), 205-207. doi:10.1056/NEJMp1605101.

როგორც წესი, რაც უფრო გამართულია სტრუქტურა, რაც უფრო მეტი ბარიერია შეცდომის დაშვების საწინააღმდეგოდ სტრუქტურულ კომპონენტში, რაც უფრო მეტადაა სტანდარტიზებული სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო თუ საინფორმაციო პროცესები, რაც უფრო უკეთაა ოპერირების სისტემები ორგანიზებული და მომზადებულია ადამიანური რესურსები, მით უფრო კოორდინირებული და უწყვეტია სამედიცინო მომსახურების პროცესი, რაც, შესაბამისად, პოზიტიურად აისახება გამოსავალსა და სამკურნალო პროცესის შედეგებზე. ზემოთ მოყვანილი სამედიცინო შეცდომის ტიპების განხილვა/ანალიზი შესაძლებელია ასეთი სამკომპონენტური სისტემის გამოყენებით.

განვიხილოთ რამდენიმე შემთხვევა:

1. საკომუნიკაციო შეცდომა. ექიმმა ექთანს მისცა დავალება პაციენტისთვის გადაესხა კალციუმის ქლორიდი, ექთანმა დავალება აღიქვა, როგორც კალიუმის ქლორიდი. გადასხმის დროს პაციენტი გარდაიცვალა. პრობლემა ადამიანურია თუ სისტემური? აქ საქმე გვაქვს სტრუქტურულ პრობლემასთან, ორგანიზაციაში არ არის დანერგილი კომუნიკაციის სტანდარტი. მედიკამენტებთან და ინტერვეციებთან დაკავშირებული ბრძანებები არ შეიძლება გაიცეს მხოლოდ ვერბალურად (გადაუდებელი შემთხვევების გარდა). როგორც წესი, ვერბალურს თან უნდა ახლდეს ჩანაწერი (ელექტრონული, ციფრული), რომელიც მიბმულია პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიასთან და არ იძლევა შეცდომის დაშვების საშუალებას არც სხვა მედიკამენტის დანიშვნის (საინფორმაციო სისტემა გადაამოწმებს მედიკამენტს და დანიშნულებას) და არც პაციენტის არევის თვალსაზრისით. შესაძლოა, აქ იყოს სტრუქტურული სახის სხვა შეცდომაც, რომელიც უკავშირდება ექთნების კვალიფიკაციასა და მომზადებას. სამედიცინო ორგანიზაციაში მუდმივად უნდა ტარდებოდეს განათლებისა და განვითარების უწყვეტი პროგრამები. განსაკუთრებით მსგავსი დასახელების მედიკამენტების, სარისკო ტრანსფუზიების, შიდა ინფექციების პრევენციის და ა. შ. კუთხით.

2. სადიაგნოსტიკო შეცდომა - პაციენტს დაენიშნა ლაბორატორიული კვლევა, კვლევის შედეგი იყო უარყოფითი. ექიმმა, მიუხედავად არსებული სიმპტომებისა და ჩივილებისა (ტემპერატურა 37.5, ძლიერი ზოგადი სისუსტე), დაეთანხმა კვლევის რეზულტატს და პაციენტი გაწერა ბინაზე. 3 დღეში პაციენტი შემობრუნდა დამძიმებული სამედიცინო სტატუსით. ლაბორატორიული კვლევისათვის მასალა გაიგზავნა სხვა

დაწესებულებაში და მიიღეს დადებითი პასუხი. შეცდომა ადამიანურია თუ სისტემური? აქაც საქმე გვაქვს სისტემურ შეცდომასთან, კერძოდ, სტრუქტურული და პროცესული კომპონენტების დეფიციტთან. პროცესის მიხედვით ექიმი დაეთანხმა ლაბორატორიულ ტესტს ისე, რომ არ გადაამოწმა ტესტი; ამასთანავე, არ დაიცვა სამედიცინო სტანდარტი (მეთოდოლოგია, გაიდლაინი) და პაციენტი გაწერა მიუხედავად ტემპერატურისა და ჩივილებისა (პროცესის ჩავარდნა). პროცესთან ერთად, აქ საქმე გვაქვს სტრუქტურულ პრობლემასთანაც. როგორც შემდგომ აღმოჩნდა ორგანიზაციაში რიგი ლაბორატორიული დანადგარები იძლეოდა ცრუ უარყოფით შედეგებს (რადგან არ ხდებოდა მათი კალიბრაცია და შედარება რეფერალურ ლაბორატორიასთან). ამასთანავე, აქაც არ ტარდებოდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები, რომლებიც ერთის მხრივ აღჭურავდა სამედიცინო პერსონალს თანამედროვე სამედიცინო მეთოდოლოგიებით/გაიდლაინებით, ხოლო, მეორე მხრივ, დაავალდებულებდა მათ გამოყენებას (სტრუქტურა). სამედიცინო დაწესებულებაში შეცდომის მიზეზი, როგორც წესი, უფრო კომპლექსურია, ვიდრე ეს ერთი შეხედვით ჩანს. შესაბამისად, საჭიროა სისტემური და კომპლექსური მიდგომა, რათა მკაფიოდ გამოიკვეთოს, რომელ კომპონენტებშია ხარვეზი და რომელ მათგანს მივყავართ შეცდომამდე ადამიანურ დონეზე.

სამივე კატეგორიისათვის (სტრუქტურა, პროცესი, შედეგი) განსაზღვრულია შესაბამისი შეფასებელი საზომები/ინდიკატორები, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელია შეფასებული იყოს, თუ რამდენად გამართულია სტრუქტურა, როგორია სამედიცინო მომსახურების პროცესი და რამდენად სახარბიელოა სამედიცინო სერვისის მიწოდების შედეგი.

როგორც წესი ხარისხის შეფასება იწყება შედეგობრივი ინდიკატორების ანალიზით, რასაც შემდეგ მოჰყვება პროცესის და სტრუქტურის შესწავლა. მაგალითად, თუ მაღალია კლინიკაში პაციენტთა შემობრუნების მაჩვენებელი (შედეგის ინდიკატორი - გაწერიდან 28 დღეში იმავე დიაგნოზით ან იმავე სისტემის გართულებით შემობრუნებული პაციენტების %), მაშინ საჭიროა შეფასდეს მკურნალობის პროცესი - რამდენად სწორი იყო მკურნალობა, რამდენად ადეკვატური იყო პაციენტის დაყოვნება კლინიკაში, ხომ არ ხდებოდა ამ პაციენტების დროზე ადრე გაწერა. აქ იყენებენ საშუალო დაყოვნების მაჩვენებელს (პროცესის ინდიკატორი) და

ამ ორი და სხვა ინდიკატორების შეფასებით შესაძლოა მივიღოთ სტრუქტურულ ინდიკატორებამდე და ასეთი შედეგების დადგომის მიზეზებამდე. მაგალითად, ასეთი პაციენტები ბინაზე სწრაფად ეწერებოდნენ იმის გამო, რომ აღმინისტრაცია და ფინანსური დეპარტამენტი აიძულებდა ექიმებს ბრუნვის გაზრდის გამო დროზე ადრე გაეწერათ პაციენტები ბინაზე.

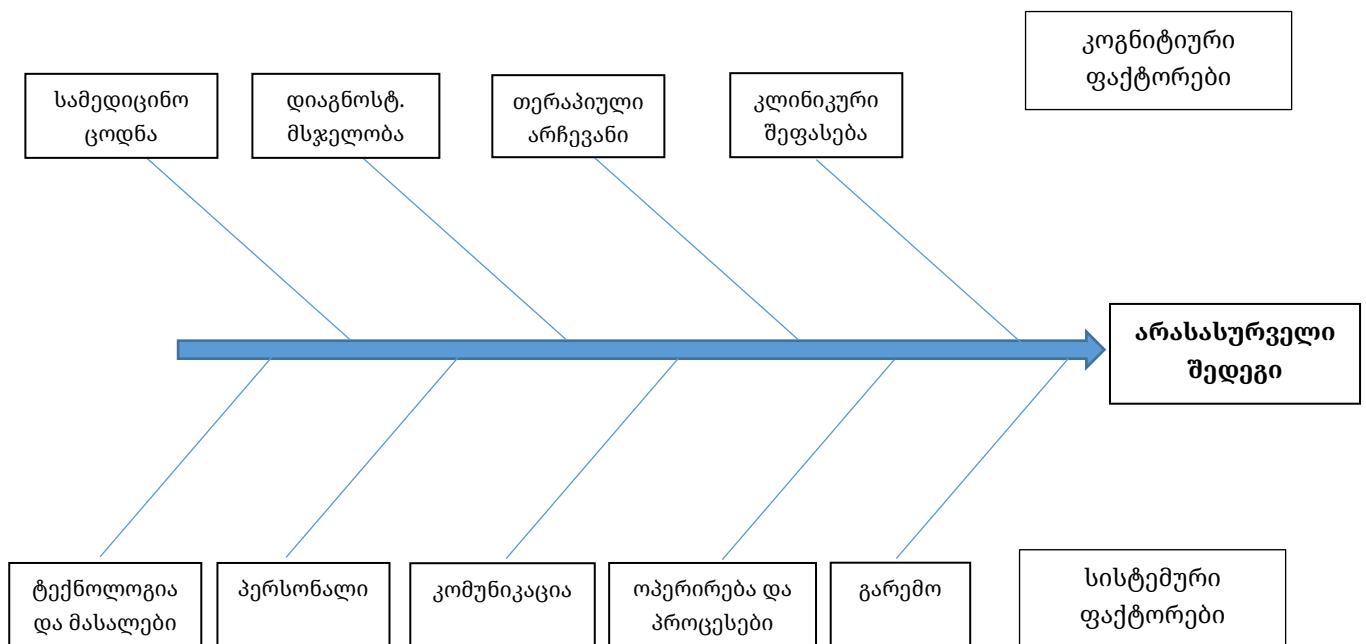
სამედიცინო შეცდომის აღმოჩენის შემდგომ მნიშვნელოვანია შეცდომის აღიარება ანგარიშგების სახით და არა მისი დამალვა. შესაბამის სამსახურში (ხარისხის მართვის, პაციენტთა უსაფრთხოების ან სხვა) უნდა იქნეს წარდგენილი შემთხვევის ანგარიში, სადაც დაფიქსირებული იქნება არასასურველი შედეგი. ყველა ასეთი შემთხვევა გამოყენებული უნდა იქნას, როგორც შესაძლებლობა სისტემაში ხარვეზებისა და სუსტი მხარეების აღმოსაჩენად, რათა

მოხდეს მათი სწრაფი იდენტიფიკაცია და აღმოფხვრა.

სამედიცინო შეცდომის განხილვის ერთ-ერთ ასეთ მეთოდია ეგრეთ წოდებული თევზის ძვლის (ჩონჩხის) მოდიფიცირებული დიაგრამა, იგივე იშვიკავას დიაგრამა. მისი საშუალებით შესაძლებელია მიზეზშედეგობრივი ანალიზის ჩატარება. ის ასევე საშუალებას იძლევა გავანალიზოთ შესაძლო ქვემიზეზები და დავაკავშიროთ ისინი შედეგთან. კრიტიკულად მნიშვნელოვანია არასასურველი შედეგის რეპორტირების შემდეგ ყველა შესაძლო მონაწილემ მიიღოს მონაწილეობა შემთხვევის განხილვისას, მაგალითად, როგორც სამედიცინო გუნდმა ისე ტექნიკურმა პერსონალმა ან ლაბორატორიის გუნდმა, ყველამ, ვისაც შეიძლება ეხებოდეს ეს პრობლემა.

ფიგ. № 2. იშვიკავას თევზის ჩონჩხის დიაგრამა.

Courtesy of the University of Colorado Morbidity and Mortality Steering Committee



თევზის ჩონჩხის დიაგრამის შექმნისას, პირველ რიგში, (მარჯვნივ აქ წითლად) ფიქსირდება არასასურველი შედეგი (პრობლემა), შემდეგ ზემოთ და ქვემოთ, ის ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე (კოგნიტიური და სისტემური), შესაბამისად თითოეულის გასწვრივ ის კოგნიტიური (სამედიცინო ცოდნა, დიაგნოსტიკური მსჯელობა, თერაპიული არჩევანი, კლინიკური შეფასება და ა.შ.) და სისტემური ქვეფაქტორები

(ტექნოლოგია, პერსონალი და ა. შ.), რომლებიც ზემოქმედებენ პროცესზე, შემდგომში ხდება ქვეფაქტორების კიდევ უფრო მეტი დეტალიზაცია. ასე მაგალითად, კოგნიტიური ფაქტორი - სამედიცინო ცოდნა - ბოლოს ჩატარებული ტრეინინგი - ტრეინინგის თემა. ან მაგალითად, სისტემური ფაქტორები - ტექნოლოგიები და მასალები - ბოლო კალიბრაცია-მასალების ვარგისიანობის ვადა- აღწერა. ასეთი ტიპის დეტალიზაციას თითოეული ფაქტორისა და ქვეფაქტორის

მიმართ მივყავართ პრობლემის იდენტიფიკაციამდე.

პროცესების ასე დაყოფა და ყველა შესაძლო მონაწილის ჩართულობა საშუალებას იძლევა მიმართულებების მიხედვით გაანალიზდეს პროცესები და იდენტიფიცირებული იქნეს ის პრობლემები, რომელთა დანახვა ზედა დონეებიდან ხშირ შემთხვევაში შეუძლებელია. იშికავას დიაგრამის ანალიზში, როგორც წესი ჩართული უნდა იყვნენ ორგანიზაციის ყველა დონისა და სპეციალობის წარმომადგენლები (სანიტრიდან და ტექნიკური პერსონალიდან დაწყებული უფროსი ადმინისტრაციის წარმომადგენლებით დამთავრებული), რომლებიც შესაძლებელია შეხებაში ყოფილიყვნენ პრობლემასთან.

V. დასკვნა

არ არსებობს სისტემა, რომელიც აიძულებს სამედიცინო დაწესებულების მფლობელს, მმართველს, უზრუნველყოს სამედიცინო აპარატურის მწყობრში ყოფნა სისტემატური შემოწმების, კალიბრაციის საშუალებით. გაუმართავი აპარატურა კი შესაძლოა, მცდარი დიაგნოზის ან არაეფექტური მკურნალობის მიზეზად იქცეს. მაგალითად, დეფიბრილატორი, რომელიც ვერ გამოიმუშავებს საჭირო ოდენობის ელექტრულ იმპულსს, ვერ აღკვეთს გულის კუნთის ფიბრი-

ლაციას; არაკალიბრირებულმა ანალიზატორმა შესაძლოა მოგვცეს ნორმიდან სოლიდური გადახრა, მკურნალობის ტაქტიკა კი სწორედ ასეთი კვლევის შედეგებს დაეფუძნოს.

ერთი შეხედვით, იოლად მოსაგვარებელი საკითხებია, მაგრამ გამოცდილება აჩვენებს, რომ პრობლემის მოგვარება ძალიან რთულია, თუ არ არსებობს შესაბამისი იდენტიფიკაციის სისტემები და საშუალებები.

დასკვნისთვის შეიძლება ითქვას, რომ, უპირველეს ყოვლისა, უნდა არსებობდეს:

- ნება - „ორგანიზაციული კულტურა ხარისხის მუდმივ გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით“;
- მუდმივად განახლებადი საინფორმაციო სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს პრობლემების სწრაფი იდენტიფიკაციის საშუალებას;
- მოქმედების სტრატეგია აღმოჩენილი ხარისხის ხარვეზების აღმოსაფხვრელად;
- მზაობა ცვლილებების განსახორციელებლად;
- ოპერირების სტილი, რომელიც ეფუძნება „ხარისხის კულტურას“, მუდმივ განახლებას და განვითარებას.

პაციენტთა უსაფრთხოების სისტემისა და ხარისხის კულტურის წარმატებით დანერგვისათვის აუცილებელია, ის ეფუძნებოდეს არა “ბრალის და სირცხვილის“, არამედ „აღიარე გაანალიზე და შეცვალე“ პრინციპს.

ინფორმირებული თანხმობა მედიცინაში

პროფ. დოქ. გიორგი დულაშვილი

გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი

საკვანძო სიტყვები: ინფორმირებული თანხმობა, პაციენტის უფლებები, ექიმი და პაციენტი, პატერნალიზმი, პაციენტთა ინფორმირებულობა.

აბსტრაქტი

აღნიშნული სტატიის მიზანია საქართველოში პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის ცნობიერების ამაღლება ინფორმირებული თანხმობის შესახებ, რითაც, დიდი ალბათობით, სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებლობის თავიდან აცილების მიზნით, საჭირო იქნება მოსალოდნელი რისკების პრევენცია.

ინფორმირებული თანხმობა გულისხმობს პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუნარობის ან მცირეწლოვანების შემთხვევაში, მისი ნათესავის ან სამართლებრივი მეურვის თანხმობას პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ. ამასთან, პაციენტი უნდა გავარკვევით სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების, სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელი რისკის, განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანხმობის რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის, სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების, ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ.

ინფორმირებული თანხმობა იცავს პაციენტს არასწორი/არასასურველი პროცედურებისგან

ისევე, როგორც იცავს ექიმსა და დაწესებულებას სამართლებრივი დავებისგან.

კვლევები ადასტურებს, რომ ხშირ შემთხვევაში, პაციენტებს აქვთ ზედაპირული ინფორმაცია ჩასატარებელი სამედიცინო მომსახურების შესახებ, ხოლო ასეთი მიდგომა ზოგჯერ მთავრდება ძალიან მძიმე შედეგით როგორც პაციენტის ასევე ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულებისთვის.

ზემოთ აღნიშნულის თავიდან ასაცილებლად, აუცილებელია მედპერსონალს ტრენინგები მუდმივად უტარდებოდეს.

I. შესავალი

ექიმისა და პაციენტის სამართლებრივი ურთიერთობა ყალიბდებოდა საუკუნეების განმავლობაში. ამასთან დაკავშირებით ჩანაწერებს ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს ნაშრომებში ვხვდებით.¹

საქართველოს კონსტიტუციის 28-ე მუხლის შესაბამისად, სახელმწიფო უზრუნველყოფს და აკონტროლებს მოქალაქის უფლებას ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე.² მნიშვნელოვანია გავიაზროთ, რომ სამედიცინო მომსახურება მოიცავს ისეთ სფეროებს, როგორებიცაა: დაავადება,

¹ Smith S: The history and development of legal medicine, in Legal Medicine. Edited by Gradwohi RBH. St. Louis: CV Mosby; 1954, pp 1–19.

² საქართველოს კონსტიტუციის 28-ე მუხლი.

პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება, მისი გაუმჯობესება და აღდგენა (ფსიქიკური, სოციალური, სამედიცინო და ფიზიკური რეაბილიტაცია). პალიატიური მზრუნველობა, პაციენტის სამედიცინო მოვლა, პროთეზირება, პაციენტის სამედიცინო ტრანსპორტირება, პაციენტის სამედიცინო განათლება, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებები და სამედიცინო დაწესებულებებში გაწეული, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული თანმხლები მომსახურება და ხორციელდება დადგენილი წესით.³ სამედიცინო მომსახურების განმარტებას ვხვდებით ასევე „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონში.⁴

პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობის პერიოდში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი პრიორიტეტია პაციენტთა უფლებები, ეს კი მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან მრავალი სხვადასხვა სახის რეგულაციის დანერგვას. მოქმედი მარეგულირებელი წესებიდან განსაკუთრებით გამოყოფენ მედპერსონალის მიერ პაციენტების მაქსიმალური ინფორმირებულობის საჭიროებას. ამ კუთხით, ერთ-ერთი მთავარი საკითხია პაციენტის „ინფორმირებული თანხმობა“, რომელიც პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო ეთიკის ფუნდამენტურ პრინციპებთან და უზრუნველყოფს პაციენტის ავტონომიის პატივისცემას.

II. ინფორმირებული თანხმობა და მისი არსი

პაციენტისათვის რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურების ჩატარებამდე, აუცილებელია პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა.

პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან სამართლებრივი მეურვის თანხმობა, გულისხმობს მისთვის საჭირო სამედიცინო ჩარევას მას შემდეგ, რაც პაციენტს განემარტება ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკი.⁵ პაციენტის ავტონომიის ერთ-ერთი მთავარი პირობაა ინფორმირებული თანხმობა. იგი უნდა მიღებული იქნეს სამედიცინო მომსახურებისა და ბიოსამედიცინო კვლევის ჩატარებამდე. თანხმობა უნდა იყოს პაციენტის მიერ გააზრებული, რისთვისაც მას ან კვლევის სუბიექტს წინასწარ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია მარტივი ენით, რათა მისთვის და/ან მისი სამართლებრივი მეურვისთვის იგი იყოს გასაგები. თანხმობა უნდა იქნეს მიღებული ნებაყოფლობით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე.⁶ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმახორციელებელი სუბიექტი ვალდებულია სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე მიიღოს ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა განზრახულ სამედიცინო ჩარევაზე.⁷

პაციენტთა უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის მე-2 ნაწილი⁸ და საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის მე-2 ნაწილი⁹ გვამცნობს, რომ პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სავალდებულოა შემდეგ შემთხვევებში: ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა; ბ) აბორტი; გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია - სტერილიზაცია; დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია; ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი; ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება; ზ) გენეტიკური ტესტირება; ზ) გენური თერაპია; ი) სხივური თერაპია; კ) ავთვისებიანი სიმსივნის ქიმიოთერაპია; ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის.

³ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ჩ“ ქვეპუნქტი.

⁴ „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „თ“ ქვეპუნქტი.

⁵ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „კ“ ქვეპუნქტი.

⁶ Pugh J. *Autonomy, Rationality, and Contemporary Bioethics*. Oxford University Press, 2020.

doi:10.1093/oso/9780198858584.001.0001.

⁷ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის 1-ლი პუნქტი.

⁸ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის მე-2 პუნქტი.

⁹ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის მე-2 პუნქტი.

III. ინფორმირებული თანხმობის სამედიცინო პრაქტიკაში დაფუძნების ისტორია

მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში დამკვიდრდა ტერმინი პაციენტის „ინფორმირებული თანხმობა“. ტერმინი „ნებაყოფლობითი თანხმობა“ ნიურნბერგის კოდექსით დადგინდა. იგი მიიღეს მეორე მსოფლიო ომის დასრულების შემდგომ, როდესაც მსჯავრდებულთა სკამზე აღმოჩნდნენ ნაცისტური რეჟიმის ექიმები, რომლებიც საკონცენტრაციო ბანაკებში ახორციელებდნენ არაადამიანურ ექსპერიმენტებს. 1947 წელს გერმანელი ექიმების მიმართ საერთაშორისო სისხლის სამართლის სასამართლოს მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებაში გათვალისწინებული იქნა ნიურნბერგის კოდექსით ადამიანებზე კვლევების ჩატარებისას დადგენილი 10 სავალდებულო ეთიკური პრინციპი.¹⁰ მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ შექმნილმა ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციამ 1953 წელს დაიწყო ეთიკურ სტანდარტებზე მუშაობა, რომელიც ჩამოყალიბდა 1964 წელს ჰელსინკის დეკლარაციის მიღებით, ხოლო 1966 წელს სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა საერთაშორისო აქტით.

1957 წლის კალიფორნიის სააპელაციო სასამართლოს გადაწყვეტილებაში პირველად გამოჩნდა ტერმინი „ნებაყოფლობითი თანხმობა“ – *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Bd. of Trustees*, რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა ინფორმირებული თანხმობის დოქტრინის განვითარებას.¹¹ მოგვიანებით იგი აისახა აშშ-ის სასამართლო პრაქტიკაში 1972 წლის გადაწყვეტილებაში – *Canterbury v. Spence*.¹²

IV. მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების არმქონე პაციენტის თანხმობა

მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების არმქონე პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე აუცილებელია ინფორმირებული თანხმობის მიღება.¹³

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით,¹⁴ თუმცა კანონი მიუთითებს, რომ ამავე დროს აუცილებელია არასრულწლოვანი პაციენტის მონაწილეობაც მისი ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით. ამავე კანონის მე-12 მუხლის მიხედვით, ყველა ბავშვი უფლებამოსილია, გამოხატოს საკუთარი აზრი და კომენტარი გააკეთოს ყველა საკითხთან დაკავშირებით, ხოლო საზოგადოება ვალდებულია პატივი სცეს და ისინი მხედველობაში იქნეს მიღებული ბავშვის ასაკისა და განვითარების შესაბამისად. იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტის ასაკი 14-დან 18 წლამდეა და შესწევს უნარი სწორად შეაფასოს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, შეუძლია თვითონ განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, როგორებიცაა: სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობა, კონტრაცეპციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღება ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა.¹⁵ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტის ასაკი აღემატება 16 წელს, მას უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა ან უარი,¹⁶ თუმცა აქვე მითითებულია ისიც, რომ პაციენტის ამ გადაწყვეტილებაზე ეცნობება ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

¹⁰ Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, 1949.

¹¹ კალიფორნიის სააპელაციო სასამართლოს გადაწყვეტილება 22/10/1957, 317 P.2d 170.

¹² Jerry W. Canterbury, v. William Thornton Spence, the Washington Hospital Center, 464 F 2d 772, 20.07. 1972.

¹³ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის მე-3 პუნქტი.

¹⁴ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 41-ე მუხლის მე-2 პუნქტი.

¹⁵ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 41-ე მუხლის 1-ლი პუნქტი.

¹⁶ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 41-ე მუხლის მე-3 პუნქტი.

V. ინფორმირებული თანხმობა ადამიანის სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის

როგორც აღვნიშნეთ, ინფორმირებული თანხმობა წინ უნდა უსწრებდეს ადამიანის ბიოსამედიცინო კვლევაში ჩართვის პროცესს. მას წინასწარ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია კვლევის მიზნების, მეთოდების, მოსალოდნელი შედეგების, კვლევის რისკისა და მასთან დაკავშირებული დისკომფორტის შესახებ. აქვე უნდა ითქვას, რომ ნებისმიერ ეტაპზე ობიექტს შეუძლია უარი განაცხადოს კვლევაში მონაწილეობაზე.

16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. კანონის შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც მისი ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით. ხოლო დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღება მისი სწავლების ობიექტად გამოყენების თაობაზე შეუძლია არასრულწლოვან პაციენტს 16 წლის ბევით, რომლის შესახებაც ეცნობება მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს.¹⁷

იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტზე არსებული ინფორმაცია გამოიყენება სასწავლო მიზნით და არ იძლევა პაციენტის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას, ხოლო დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში მიღებული მასალა უზრუნველყოფს მის ანონიმურობას, ინფორმირებული თანხმობა არ არის აუცილებელი.¹⁸

VI. ინფორმირებული თანხმობა და სამედიცინო პატერნალიზმი

ხშირ შემთხვევაში, ექიმი პაციენტის აზრის გაუთვალისწინებლად განსაზღვრავს მისთვის სამედიცინო მომსახურების სახეს. ასეთი პატერნალისტური დამოკიდებულების დროს პაცი-

ნტი გვეკლინება, როგორც ექიმის მითითებების პასიური შემსრულებელი. აღნიშნულის თავიდან აცილების მიზნით, თანამედროვე მედიცინაში ყურადღება ენიჭება პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომას, რაც გულისხმობს ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე მკურნალობის მეთოდების არჩევის შესახებ ერთობლივი გადაწყვეტილების მიღებას. ექიმი პაციენტს აწვდის სრულ ინფორმაციას დაავადებისა და მკურნალობის შესაძლო მეთოდების, მათი შედეგებისა და შესაძლო რისკების შესახებ, ხოლო პაციენტს რჩება სამედიცინო ჩარევის არჩევის უფლება. ეს ყოველივე განაპირობებს ექიმისა და პაციენტის მიერ ერთობლივი გადაწყვეტილების მიღებას.¹⁹

VII. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის უფლება

კანონი უფლებას აძლევს პაციენტს მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, ხოლო ამ ქმედების შესაძლო შედეგების შესახებ პაციენტი ამომწურავად უნდა იყოს ინფორმირებული.²⁰

კანონმდებლობით, პაციენტს უფლება აქვს წერილობით წინასწარ განაცხადოს უარი უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას, ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ, თუ ეს გარემოებები განპირობებულია განუკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით ან/და დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას.²¹

აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარიანი პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო მომ-

¹⁷ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 42-ე მუხლი.

¹⁸ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 26-ე მუხლის მე-3 პუნქტი.

¹⁹ Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. Am J Prev

Med. 1999 Nov;17(4):285-94. doi: 10.1016/s0749-3797(99)00097-5.

²⁰ „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 23-ე მუხლი.

²¹ „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 24-ე მუხლი.

სახურება, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი შემთხვევებისა.²²

VIII. უფლება სასამართლო მიმართვისთვის

პაციენტს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურება.²³ პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს სამედიცინო პერსონალს ან სამედიცინო დაწესებულებას უჩივლოს დავის შესაბამის გამრჩევ ორგანოში.²⁴

IX. დასკვნა

ინფორმირებული თანხმობა თანამედროვე სამედიცინო სამართლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. იგი პირდაპირ

კავშირშია ადამიანის ღირსებასა და თვითგამორკვევის უფლებასთან. შესაბამისად, მისი არასრულფასოვნება ან არარსებობა მატერიალური და მორალური ზიანის ანაზღაურების საფუძველი შეიძლება გახდეს. პაციენტზე ჩატარებული გამოკითხვები ნათლად ადასტურებს, რომ დოკუმენტზე ხელის მოწერა ზოგჯერ არ ნიშნავს პაციენტის სრულფასოვნად ინფორმირებულობას ექიმის მიერ, რაც გამორიცხავს პაციენტის გააზრებულ თანხმობას მოსალოდნელ სამედიცინო მომსახურებაზე. ისეთ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი სრულ ნდობას უცხადებს ექიმს და ხელს აწერს დოკუმენტს, მედპერსონალი ვალდებულია პაციენტს მიაწოდოს სრული ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე. იმ მიზნით, რომ პაციენტს მიეწოდოს სრულყოფილი ინფორმაცია ჩასატარებელ სამედიცინო მომსახურებაზე და მის მოსალოდნელ შედეგებზე, მედპერსონალს ტრენინგები მუდმივად უნდა უტარდებოდეს.

²² „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 23-ე მუხლის მე-2 პუნქტი.

²³ „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლი.

²⁴ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 104-ე მუხლი.