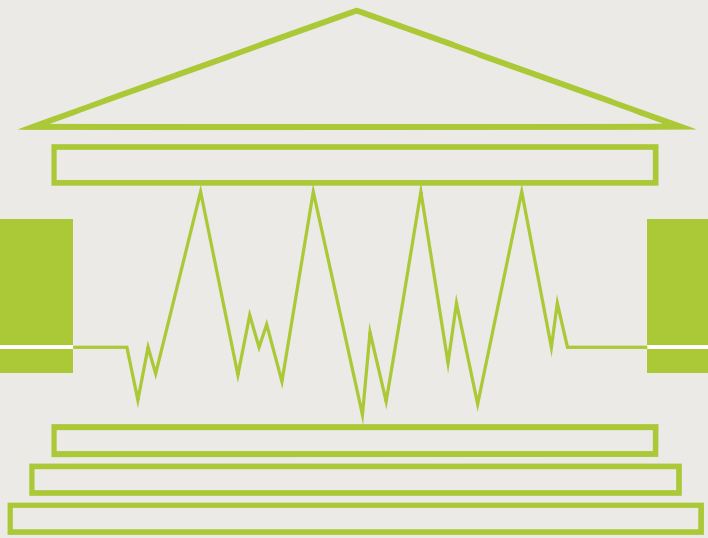


№ 3(6) 2024



სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი

შინაარსიდან

სამედიცინო სამართლის სიახლეები გერმანიაში - ნაწილი IV

ულრიხ ჰაგენლოხი

**სამედიცინო განათლებაში სიმულაციებზე დაფუძნებული სწავლება
და მისი ეთიკური ასპექტები**

ირმა მანჯავიძე, ირაკლი ნატროშვილი, გაიანე სიმონია, ზურაბ ორჯონიკიძე

**სამედიცინო უცდომის გამო ექიმის კასუსისმგებლობის
მოწესრიგება ქართული კანონმდებლობით**

შოთა მახათაძე

**მცდარი სამედიცინო ქმედების შედეგად დამღვარი ზიანის
ანაზღაურებაზე კასუსისმგებელ პირთა წრე და სამედიცინო
კასუსისმგებლობის დაზღვევა**

ნინო ბურდულაძე

**ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს დიდი კალატის
გადაწყვეტილება საქმეზე „კინდო მულა ესკანეთის წინააღმდეგ“
და კაციენტის ავტონომიის პრინციპი**

მიხეილი ქოჩორაშვილი

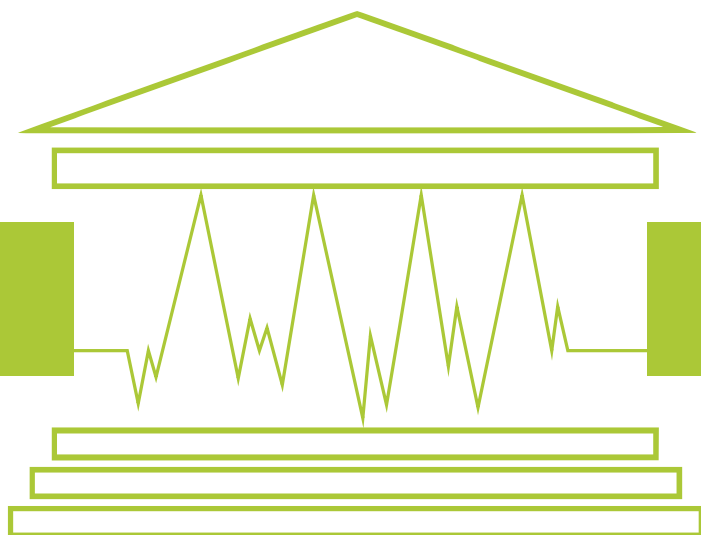


გრუნე

გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტი
GRIGOL ROBAKIDZE UNIVERSITY



იურიდიული
დახმარების
სამსახური



№ 3(6) 2024

სამედიცინო სამართლისა და
მენეჯმენტის ჟურნალი



გრუნი
გრეგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტი
GRIGOL ROBAKIDZE UNIVERSITY



იურიდიული
დახმარების
სამსახური

MG
LAW

ISSN 2720-8575

© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის იურიდიული ფაკულტეტი, 2024

© გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, 2024

© ავტორები, 2024

სარედაქციო კოლეგია

იურიდიული მიმართულება

- პროფ. შიპ 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 ჭანტუია**, თსუ, ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო
- პროფ. მამუკა თავხელიძე**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორი
- პროფ. გულნარ გალდავა**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორის მოადგილე
- პროფ. გიორგი მირიანაშვილი**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორის მოადგილე
- პროფ. ქეთევან მჭედლიშვილი-ჰედრიხი**, თსუ, Friedrich-Schiller-Universität Jena
- ნათია გუჯაბიძე**, სააპელაციო სასამართლოს მოსამართლე
- ულრის ჰამენლოხი**, დრეზდენის უმაღლესი სამხარეო სასამართლოს ყოფილი პრეზიდენტი
- პროფ. ოლაფ მუთჰორსტი**, Freie Universität Berlin
- პროფ. თედო ნინიძე**, თსუ
- პროფ. ბესარიონ ზოიძე**, თსუ
- პროფ. ზურაბ ძლიერიშვილი**, თსუ, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, უზენაესი სასამართლოს მოსამართლე
- ეკატერინე გასიტაშვილი**, თსუ, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მოსამართლე
- ნათია წკვალაძე**, უზენაესი სასამართლოს ყოფილი მოსამართლე
- ალექსანდრა იოსელიანი**, თბილისის სააპელაციო სასამართლოს ყოფილი მოსამართლე
- ასოც. პროფ. ლადო სირდაძე**, BTU, knowledgeTools International GmbH
- თეიმურაზ ბიგვაძა**, იურიდიული ფირმა „ბიგვაძა ბატიაშვილი“
- ზვიად ბატიაშვილი**, იურიდიული ფირმა „ბიგვაძა ბატიაშვილი“
- ასოც. პროფ. გიორგი სპანაძე**, თსუ, MG Law Office
- ნათუნა ღიასამიძე**, IRZ
- რაჟდინ კუკრაშვილი**, 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
- ანა კვანტალიანი**, თსუ, იურიდიული ფაკულტეტის დოქტორანტი
- პროფ. ტანელ კერიკაძე**, ტალინის ტექნოლოგიური უნივერსიტეტის სამართლის სკოლის დირექტორი
- პროფ. თომას ჰოფმანი**, ტალინის ტექნოლოგიური უნივერსიტეტი
- პროფ. ოლაფ მუტჰორსტი**, ბერლინის თავისუფალი უნივერსიტეტი

სამედიცინო მიმართულება

- პროფ. გიორგი დულაშვილი** (მთავარი რედაქტორი), გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
- ანა თეიმურაშვილი** (მთავარი რედაქტორი), გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლის დეკანი
- პროფ. ნინო წილოსანი**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
- ირაკლი გომოხია**, ამერიკული ჰოსპიტლის კლინიკური დირექტორი
- ასოც. პროფ. ირაკლი სასანიძე**, თბილისის სამედიცინო აკადემია, ჯანდაცვის ექსპერტი
- როინ რაჰვაძა**, ამერიკული ჰოსპიტლის გულის რითმის მართვისა და ელექტროფიზიოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი
- პროფ. გორა ჩუბარაშვილი**, სამედიცინო ცენტრ "ინოვას" კლინიკური დირექტორი
- პროფ. ირმა მანჯაჰიძე**, თსუ, სამედიცინო განათლების ევროპული ასოციაციის ასოცირებული წევრი
- პროფ. ზურაბ ორჯონიძიძე**, თსუ, ქირურგიული სტომატოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი
- ასოც. პროფ. ეკა ეკლაძე**, თსუ, დიპლომირებული მედიკოსის ამერიკული პროგრამის დირექტორი
- პროფ. დიმიტრი კორძია**, თსუ, მედიცინის ფაკულტეტის დეკანი
- პროფ. შიპ თომაძე**, თსუ, საქართველოს ტრასპლანტოლოგთა ასოციაციის ხელმძღვანელი
- ოთარ მახოკია**, თსუ, ინგოროყვას საუნივერსიტეტო კლინიკა
- ასოც. პროფ. თამარ გოდერიძე**, საქართველოს უნივერსიტეტი, ქართულ-ამერიკული საოჯახო მედიცინის ცენტრი „მედიქალ ჰაუსი“

ტექნიკური რედაქტორი: **დავით მაისურაძე**
ენობრივი რედაქტორი: **ბელა ბალხამიშვილი**
დიზაინერი: **ანა ბოლქვაძე**
სამუშაო ჯგუფი: **სოფო ზარანდია**

სარჩევნი

სამედიცინო სამართალი

სამედიცინო სამართლის სიასლვაები გერმანიაში - ნაწილი IV <i>ულრიხ ჰაგენლოხი</i>	1
სამედიცინო განათლებაში სიმულაციებზე დაფუძნებული სწავლება და მისი ეთიკური ასპექტები <i>ირმა მანჯავიძე, ირაკლი ნატროშვილი, გაიანე სიმონია, ზურაბ ორჯონიკიძე</i>	27
სამედიცინო უცდომის გამო ექიმის კასუისმგებლობის მოწესრიგება ქართული კანონმდებლობით <i>შოთა მახათაძე</i>	38
მცდარი სამედიცინო ქმედების შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურებაზე კასუისმგებელ პირთა წრე და სამედიცინო კასუისმგებლობის დაზღვევა <i>ნინო ბურდულაძე</i>	63
ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს დიდი პალატის გადაწყვეტილება საქმეზე „კინდო მულა ესკანეთის წინააღმდეგ“ და პაციენტის ავტონომიის პრინციპი <i>მიხეილი ქოჩორაშვილი</i>	75

სამედიცინო სამართლის სიახლეები გერმანიაში - ნაწილი IV*

მნიშვნელოვანი ტენდენციები გერმანიის სასამართლო პრაქტიკაში 2023 წლის მეორე ნახევარში

ულის კაპენლონი

დრეზდენის უმაღლესი სამხარეო სასამართლოს ყოფილი პრეზიდენტი

I. მნიშვნელოვანი ტენდენციები ფედერალური ადმინისტრაციული სასამართლოს პრაქტიკაში

BVerwG, Urteil vom 21. Juni 2023 - 3 CN 1/22 -
NVwZ 2023, 1840

კორონავირუსის პანდემიის დროს შეკრებების აკრძალვის შესახებ

არსებითი ფაქტები (მნიშვნელოვნად შემოკლებული):

საქმე, რომელიც იმყოფებოდა სასამართლოს წარმოებაში, ეხებოდა 2020 წლის 17 აპრილის მდგომარეობით ძალაში მყოფ, საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების (SächsCoronaSchVO) შემდეგი ნორმების ნამდვილობას:

§ 2

კონტაქტის შეზღუდვა

(1) საჯარო სივრცეში ყოფნა ნებადართულია მხოლოდ სხვებისაგან იზოლირებულად ან

პარტნიორის თანხლებით, ან ოჯახის წევრებთან, ან მხოლოდ ერთ სხვა ადამიანთან ერთად, რომელიც არ არის ოჯახის წევრი და არ ახორციელებს მეურვეობისა და ზრუნვის მოვალეობებს.

(2) საჯარო სივრცეში დაცული უნდა იყოს, სულ მცირე, 1,5 მეტრის დისტანცია, გარდა 1-ელ პუნქტში დასახელებული ადამიანებისა.

§ 3

სახალხო შეკრებების აკრძალვა

(1) აკრძალულია ნებისმიერი ღონისძიება, შეკრებები და მსგავსი შეხვედრები. [...]

(2) გამონაკლისი დაშვებულია

[...]

(3) ცალკეულ შემთხვევებში, საგამონაკლისო ნებართვები შეიძლება გაიცეს უფლებამოსილი მიწის ან უფლებამოსილი თვითმმართველი ქალაქის მიერ, საქსონიის შეკრებების შესახებ კანონის შესაბამისად, რამდენადაც ეს გამართლებულია ინფექციებისაგან დაცვის სამართლის გაგებით.

* გერმანულიდან თარგმნა ნატალი გოგიაშვილმა. პირველად გამოქვეყნდა შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანულ ჟურნალში, 4/2024.

სამართლებრივი პრობლემატიკა:

უპირველეს ყოვლისა, ფედერალური ადმინისტრაციული სასამართლო, სახელმძღვანელოს სტილთან მიახლოებულად, გადმოსცემს და აღწერს სახელმწიფოს მხრიდან ჩარევის პროპორციულობის შემოწმების სქემას (მე-18 და შემდგომი ველები). გადაწყვეტილების მთავარი აქცენტი კეთდება იმ დათქმებზე, რომლებიც ეხება შეკრებების აკრძალვის თანაბომიერებასა (პროპორციულობა ვიწრო გაგებით) და, ასევე, ურთიერთდაპირისპირებული კონსტიტუციური მნიშვნელობის სამართლებრივი ინტერესების, ანუ, ერთი მხრივ, შეკრებების თავისუფლებისა და, მეორე მხრივ, სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის დაცვის (43-ე და შემდგომი პარაგრაფები) ინტერესებს შორის აუცილებელი ბალანსის დაცვას.

ამონარიდი გადაწყვეტილების დასაბუთებიდან:

„ველი 16

ა) უმაღლესმა სამხარეო ადმინისტრაციულმა სასამართლომ საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 2 I პარაგრაფი განმარტა იმგვარად, რომ დისტანციის დაცვის ვალდებულება უნდა შესრულებულიყო, რამდენადაც ეს შესაძლებელი იყო (*Vorbehalt des Möglichen*, შესაძლებლობის ფარგლებში შესრულების დათქმა). ... (ავტორის შენიშვნა: გადაწყვეტილების ეს ნაწილი გადმოცემული არ არის).

ველი 17

ბ) საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 2 I პარაგრაფი აკმაყოფილებდა... გერმანიის კონსტიტუციის 20 III მუხლში (ავტორის შენიშვნა: კანონმდებლის ბოჭვა კონსტიტუციური წესრიგით; შედარებადია საქართველოს კონსტიტუციის 4 IV მუხლთან) მოწესრიგებულ, კანონის უზენაესობიდან გამომდინარე, განსაზღვრულობის მოთხოვნებს. მის მიხედვით, სამართლებრივი ნორმები ისე უნდა იყოს ფორმულირებული, რომ ადრესატებმა მოახერ-

ხონ ამ ნორმების მოთხოვნების დაცვა და სამართლებრივი ვითარების იმდენად ზუსტად იდენტიფიცირება, რომ შეძლონ საკუთარი ქცევის შესაბამისად გადაწყობა. ამისთვის საკმარისია, მარეგულირებელი ნორმის შინაარსი განსაზღვრადი იყოს ჩვეულებრივი ინტერპრეტაციის მეთოდების დახმარებით (შდრ. *BVerfG, Beschluss vom 20. März 2013 - 2 BvF 1/05 - BVerfGE 133, 241 Rn. 84; BVerwG, Urteil vom 24. Januar 2019 - 3 C 7.17 - BVerwGE 164, 253 Rn. 23.*) ...

ველი 18

გ) საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 2 I რეგულაცია იყო ... პროპორციული და აუცილებელი დამცავი ღონისძიება [კანონის] გაგებით... (ავტორის შენიშვნა: იგულისხმება ინფექციებისაგან დაცვის შესახებ ფედერალური რეგულაციები). ... (ავტორის შენიშვნა: გადაწყვეტილების ეს ნაწილი გადმოცემული არ არის).

ველი 19

3. ... საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 I 1 პარაგრაფით გათვალისწინებული შეკრებების აკრძალვა, მიუხედავად საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 III პარაგრაფში არსებული ნებართვის გაცემის დათქმისა/შესაძლებლობისა, არაპროპორციულად ზღუდავს შეკრებების თავისუფლებას (გერმანიის კონსტიტუციის 8 I მუხლი). ...

... (ავტორის შენიშვნა: გადაწყვეტილების მომდევნო ნაწილში გადმოცემულია გერმანიის ინფექციებისაგან დაცვის სამართლის რეგულაციების. გადაწყვეტილების ეს ნაწილი აღბეჭდილი არ არის).

ველი 29

გ) ... მართალია, რეგულაციას ჰქონდა ლეგიტიმური მიზანი (აა) და ასევე იყო შესაბამისი და აუცილებელი მის მისაღწევად (ბბ), თუმცა, მან არათანაბომიერად შეზღუდა შეკრებების თავისუფლება, რომელიც გარანტირებულია გერმანიის კონსტიტუციის 8 I მუხლით (გგ).

...

ველი 31

(1) აკრძალვის მიზანი იყო SARS-CoV-2 ვირუსისა და COVID-19 დაავადების გავრცელებისათვის ხელის შეშლა. ინფექციის გავრცელების ტემპების შენელებით უზრუნველყოფილი უნდა ყოფილიყო ჯანდაცვის სისტემისა და განსაკუთრებით, კლინიკებისთვის ფუნქციურობის შენარჩუნება, მძიმედ და სერიოზულად დაავადებული ადამიანებისათვის დახმარების დროულად აღმოჩენის მიზნით.

ველი 32

(2) კანონმდებლის ვარაუდს, რომ აკრძალვის გარეშე ეს მიზანი ჩაიშლებოდა და ჯანდაცვის სისტემის შესაძლო გადატვირთვის საფრთხე უკვე რეალიზებული იყო, ჰქონდა მყარი ფაქტობრივი საფუძველი (იხ. ამ საჭიროებაზე: BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21 u. a. - BVerfGE 159, 223 Rn. 177; BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 1.21 - NVwZ 2023, 1000 Rn. 52). ... (ავტორის შენიშვნა: დაწვრილებით ქვემოთ იქნება განხილული).

...

ველი 35

ბბ) ადმინისტრაციულმა სააპელაციო სასამართლომ, კანონის მოთხოვნების დაცვით, (...) დაადგინა, რომ კანონმდებელს ჰქონდა უფლება საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 I 1 პარაგრაფში დაფიქსირებული შეკრებების აკრძალვა მიეჩნია, გამოსადეგად (1) და აუცილებლად (2) ამ (გასაჩივრებული) რეგულაციებით დასახული მიზნის მისაღწევად.

ველი 36

(1) იმისათვის, რათა ნორმა (ხსენებული გაგებით) გამოსადეგად ჩაითვალოს, საკმარისია, რომ ის ხელს უწყობდეს დასახულ მიზანს. საკმარისია მიზნის მიღწევის უბრალო შესაძლებლობაც (... BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21 u. a. - BVerfGE 159, 223 Rn. 185; BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 1.21 - NVwZ 2023, 1000 Rn. 59....). ადმინისტრაციულმა სააპელაციო სასამართლომ, განავითარა სამა-

რთლებრივად უხარვეზო მსჯელობა და მიიჩნია, რომ კანონმდებელს, იმ გაურკვევლობის გამო, რომელიც სამეცნიერო საზოგადოებაში SARS-CoV-2 ვირუსის თვისებების შესახებ მოცემული მომენტიანისათვის არსებობდა, რეგულაციის გამოსადეგობის შესაფასებლად ფაქტობრივი დისკრეცია ჰქონდა, ... რომლის საზღვრების დადგენის საკითხიც ადმინისტრაციული მართლმსაჯულების მხრიდან კონტროლს ექვემდებარებოდა (BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 1.21 - NVwZ 2023, 1000 Rn. 59....). ...

ველი 37

(2) საკანონმდებლო ღონისძიება არ არის აუცილებელი, თუ კანონმდებელს აქვს სხვა, თანაბრად ეფექტური საშუალება დასახული მიზნის მისაღწევად, რომელიც ნაკლებად ერევა შესაბამის პირთა ფუნდამენტურ უფლებებში და არ აწვევს უფრო მძიმე ტვირთად მესამე პირებსა და ფართო საზოგადოებას. მიზნის მისაღწევი ალტერნატიული ღონისძიების ობიექტური ექვივალენტობა ყოველმხრივ მკაფიოდ უნდა იყოს დადგენილი (... BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21 u. a. - BVerfGE 159, 223 Rn. 203...; BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 1.21 - NVwZ 2023, 1000 Rn. 63).

ველი 38

აუცილებლობის შეფასებისას, შესაბამის პერიოდში SARS-CoV-2 ვირუსთან მიმართებით გამოცდილების ნაკლებობისა და დამცავი ზომების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობის გათვალისწინებით, კანონმდებელს ჰქონდა რეალური სამოქმედო სივრცე, შეეფასებინა მის მიერ არჩეული ღონისძიებების ეფექტურობა სხვა (ძირითად უფლებებში ჩარევის კუთხით) ნაკლებად მძიმე ალტერნატივებთან შედარებით და გაეკეთებინა პროგნოზი (შდრ. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21 u. a. - BVerfGE 159, 223 Rn. 204). თუმცა, მოცემულ დისკრეციასაც აქვს თავისი საზღვრები. კანონმდებლის შეფასება უნდა ეფუძნებოდეს საკმარისად მყარ საფუძვლებს. პროგნოზის შედეგი უნ-

და იყოს ნათლად დასაბუთებული და, შესაბამისად, დამაჯერებელი (შდრ. *BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 1.21 – NVwZ 2023, 1000 Rn. 64...*). ეს ექვემდებარება სამართლებრივ შემოწმებას (შდრ. *BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 2.21 - NVwZ 2023, 1011 Rn. 17 ff.*).

ველი 39

ადმინისტრაციული სააპელაციო სასამართლოს მოსაზრება, რომ შეკრებების ამკრძალავი გასაჩივრებული ნორმა აუცილებელი იყო მიზნის მისაღწევად, არ ექვემდებარება რევიზიას. იმ პერიოდში ინფექციის შესახებ ცოდნისა და მასთან დაკავშირებული მონაცემების ანალიზიდან გამომდინარე, კანონმდებლის პროგნოზი, ზოგადად, ეფუძნებოდა იმ ვარაუდს, რომ არ არსებობდა ალტერნატიული დამცავი ზომები, რომლებიც იქნებოდა ისეთივე ეფექტური და ამავდროულად ნაკლებინტენსიურად ჩაერეოდა შეკრებების თავისუფლებაში. გასაჩივრებულ გადაწყვეტილებაში კანონმდებლის აღნიშნული პროგნოზი წარმოადგენს, სააპელაციო წესით არარევიდირებად (გერმანიის ადმინისტრაციული საპროცესო კანონის 137 II პარაგრაფი) ფაქტობრივ დასკვნას, ემყარებოდა სარწმუნო დაშვებებს და იყო დამაჯერებელი.

ველი 40

(აა) შეკრებების აკრძალვა არ სცდებოდა აუცილებლობის ფარგლებს მხოლოდ იმის გამო, რომ ის არ ითვალისწინებდა ცალსახა გამონაკლისებს შეკრებების კონკრეტული ფორმებისთვის – როგორებიცაა, მაგალითად: ველო-დემონსტრაციები ან ავტო-აღლუმები, სადაც შესაძლოა არსებობდეს ინფექციის გავრცელების უფრო დაბალი რისკი, ვიდრე ჩვეულებრივი შეკრებების დროს. ტიპიზირების უფლებამოსილების ფარგლებში, კანონმდებელს აქვს უფლება, ორიენტირებული იყოს სტანდარტის დამდგენ განზოგადებულ წესზე, რომელსაც ის მიიღებს (რეგულაციით მოცულ) ჯგუფსა და დასარეგულირებელ გარემოებებზე დაკვირვების შედეგად (შდრ. *BVerfG, Beschluss vom 27. April 2022 - 1 BvR 2649/21 - BVerfGE 161, 299 Rn. 190*). შესა-

ბამისად, კანონმდებელს შეეძლო დაყრდნობოდა იმ ფაქტს, რომ შეკრებები ზოგადად იწვევს ფიზიკურ, ინფექციის გავრცელების საფრთხის შემცველ კონტაქტებს, და, შესაბამისად, არ იყო ვალდებული, ექსპლიციტური გამონაკლისის სახით, შეკრებების სპეციალური ფორმები დასაშვებად მიეჩნია. გარდა ამისა, საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 III პარაგრაფში დაფიქსირებული, ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით, უსაფრთხო შეკრებების საგამონაკლისო ნებართვა მოიცავს შეკრებების ამ სპეციალურ ფორმებსაც.

ველი 41

(ბბ) კანონმდებელს ასევე შეეძლო ევარაუდა, რომ დამცავი ღონისძიებები – მაგ., დისტანციის დაცვის მოთხოვნები, პირისა და ცხვირის ნიღბის ტარება, მონაწილეთა რაოდენობის შეზღუდვა – ვერ მიაღწევდა SARS-CoV-2 ვირუსისა და COVID-19-ის გავრცელების შეფერხების მიზანს ისე ეფექტურად, როგორც შეკრებების ზოგადი აკრძალვა... ადმინისტრაციული სააპელაციო სასამართლოს დასკვნის მიხედვით, SARS-CoV-2 ვირუსის გადაცემის მთავარ გზად წვეთოვანი ინფექცია განიხილებოდა... შესაბამისად, პროგნოზის თანახმად, ინფექციის გავრცელების რისკს ღია სივრცეში შეკრებებიც შეიცავდა და, მონაწილეთა რაოდენობის შეზღუდვა, მას ვერ ანეიტრალებდა. ვაქცინაცია, სპეციფიკური მედიკამენტები ან, ინფექციურ-სამედიცინო თვალსაზრისით, საკმარისი დაცვის უზრუნველყოფი პირისა და ცხვირის ნიღბი არ იყო ხელმისაწვდომი. ამიტომ სარწმუნოა, რომ კანონმდებელმა და შემდეგ ადმინისტრაციულმა სააპელაციო სასამართლომ, საჯარო სივრცეში კონტაქტისთვის ქცევისა და ჰიგიენის წესები, არ მიიჩნია ისეთივე ეფექტურ ზომად, როგორც ფიზიკური კონტაქტების შემცირება (შდრ. *BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 1.21 - NVwZ 2023, 1000 Rn. 67...*).

ველი 42

(გგ) შეკრებების შესახებ წინასწარი შეტყობინება (ნებართვის აღება) იქნებოდა უფრო მსუბუქი, მაგრამ არა – თანაბრად ეფექტური საშუალება. ...

ველი 43

დღ) ამის საწინააღმდეგოდ, ადმინისტრაციული სააპელაციო სასამართლოს მსჯელობა იმ ნაწილში, რომ საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 I 1 პარაგრაფში დაფიქსირებული შეკრებების აკრძალვა, ამავე დადგენილების 3 III პარაგრაფის საგამონაკლისო ნებართვის მიღების შესაძლებლობასთან ურთიერთკავშირში, პროპორციულია (ვიწრო გაგებით) არ შეესაბამებოდა ფედერალური სამართლის მოთხოვნებს. რეგულაციის მიზანი და მოსალოდნელი შედეგები არაპროპორციული იყო შეკრებების თავისუფლების ფუნდამენტურ უფლებაში ჩარევასთან მიმართებით და ვერ გაამართლებდა მას.

ველი 44

(1) თანაზომიერება, ანუ, ვიწრო გაგებით, პროპორციულობა მოითხოვს, რომ ღონისძიების მიზანი და მისი მოსალოდნელი შედეგები არ იყოს არაპროპორციული ჩარევის სიმძიმესთან მიმართებით (... BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21 u. a. - BVerfGE 159, 223 Rn. 216 ...). შეწონვისას უნდა შეფასდეს, ერთი მხრივ, ფუნდამენტურ უფლებებში ჩარევის ფარგლები, სიმძიმე და, მეორე მხრივ, ღონისძიების მნიშვნელობა მიზნის მისაღწევად. ღონისძიება თანაზომიერად ჩაითვლება, თუ, ჩარევის საერთო სიმძიმის შეფასებისას, მისი გამართლებელი მიზეზების წონასა და გადაუდებლობასთან მიმართებით, გონივრულობის ზღვარი ჯერ კიდევ შენარჩუნებული იქნება. უნდა არსებობდეს შესაბამისი ბალანსი, ჩარევის სიმძიმესა და მისაღწევი მიზნის მნიშვნელობას, ასევე, მიზნის მოსალოდნელ შედეგებს შორის (... BVerfG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 1.21 - NVwZ 2023, 1000 Rn. 75).

ველი 45

(2) საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 I 1 პარაგრაფში დაფიქსირებული აკრძალვა, რომელიც ეხება ნებისმიერ შეკრებას, შეკრებების თავისუფლებაში სერიოზულ ჩარევას წარმოადგენს. გერმანიის კონს-

ტიტუციის 8 I მუხლი იცავს ... [ინდივიდების] თავისუფლებას, შეიკრიბონ კონკრეტულ ტერიტორიაზე, სხვა ადამიანებთან ერთად, საერთო დისკუსიის ან დემონსტრაციის მიზნით, რომლის მიზანსაც წარმოადგენს საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებაში მონაწილეობის მიღება. როგორც დაცვითი უფლება (Abwehrrecht, სიტყვასიტყვით: „მოგერიების უფლება“), რომლითაც უპირველეს ყოვლისა, სხვაგვარად მოაზროვნე უმცირესობები სარგებლობენ, გერმანიის კონსტიტუციის მე-8 მუხლი ამ ფუნდამენტური უფლებით უზრუნველყოფს ინდივიდ(ებ)ის შესაძლებლობას თავად განსაზღვრონ ღონისძიების ადგილი, დრო, ტიპი და შინაარსი. უკვე ამ თვალსაზრისით, მოცემული ფუნდამენტური უფლება იმსახურებს განსაკუთრებულ სტატუსს სამართლებრივ და თავისუფალ სახელმწიფო მოწყობაში; სხვა ადამიანებთან ერთად შეუფერხებლად და, რაიმე განსაკუთრებული ნებართვის გარეშე, შეკრებების უფლება ყოველთვის მიიჩნეოდა შეგნებული მოქალაქეების თავისუფლების, დამოუკიდებლობისა და სიმწიფის ნიშნად (შდრ. BVerfG, Beschluss vom 14. Mai 1985 - 1 BvR 233/81 u. a. BVerfGE 69, 315...). როგორც საკუთარი აზრის კოლექტიურად გამოხატვის შესაძლებლობა, შეკრებების თავისუფლება არის ლიბერალური დემოკრატიული სახელმწიფო წესრიგის შემადგენელი ნაწილი (შდრ. BVerfG, Beschluss vom 14. Mai 1985 - 1 BvR 233/81 u. a. - BVerfGE 69, 315 ...; BVerfG, Urteil vom 22. Februar 2011 - 1 BvR 699/06 - BVerfGE 128, 226 ...). აღნიშნული ასევე მოქმედებს პანდემიური მდგომარეობის დროსაც. მართალია, საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 I 1 პარაგრაფში მოქცეული შეკრებების თავისუფლების შეზღუდვები არ ეხებოდა აზრის კოლექტიური გამოხატვის შინაარსობრივ მხარეს (...). რეგულაციებით ასევე შეზღუდული იყო ფიზიკური კონტაქტები ცხოვრების სხვა სფეროებშიც. თუმცა ის იყო ხელშემშლელი აზრის კოლექტიური გამოხატვისათვის, რაც განსაკუთრებით მწვავედ არის გამოკვეთილი ღია ცის ქვეშ შეკრებების ნაწილში. ღია ცის ქვეშ შეკრებების ხილვადობა – და, შესაბამისად, მათი ეფექტურობა მო-

საზრებების ჩამოყალიბებაში – მხოლოდ ნაწილობრივ შეიძლება ჩანაცვლდეს კომუნიკაციის სხვა ფორმებით. ...

ველი 49

(3) შეკრებების აკრძალვით გამოწვეულ ფუნდამენტურ უფლებებში მნიშვნელოვან ჩარევას უპირისპირდებოდა საზოგადოებრივი კეთილდღეობის უფრო მაღალი ინტერესი. რეგულაციის მიზანი იყო SARS-CoV-2 ვირუსისა და მის მიერ გამოწვეული საშიში COVID-19 დაავადების (...) გავრცელების ტემპის შენელება და ამით მოსახლეობის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის გადარჩენა. სიცოცხლე და ჯანმრთელობა, როგორც სამართლებრივი სიკეთეები, აღმატებული მნიშვნელობისაა (გერმანიის კონსტიტუციის 2 II 1 მუხლი; ... შდრ. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21 u. a. - BVerfGE 159, 223 Rn. 231 ...; BVerwG, Urteil vom 22. November 2022 - 3 CN 2.21 - NVwZ 2023, 1011 Rn. 32). ...

ველი 51

თუმცა, კანონმდებელი საფრთხეს აღარ აფასებდა ისე დრამატულად, როგორც 2020 წლის 31 მარტს საქსონიის კორონასგან დაცვის შესახებ დადგენილების გამოცემის მომენტში (ავტორის შენიშვნა: საქსონიის კორონასგან დაცვის შესახებ განკარგულების შესაბამისი ვერსია ეხებოდა 2020 წლის 17 აპრილიდან 3 მაისამდე პერიოდს, როდესაც ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი 2020 წლის მარტის ბოლოს/აპრილის დასაწყისის პერიოდთან შედარებით გარკვეულწილად შემცირებული იყო). საქსონიაში ინფექციის გავრცელების სიჩქარის შენელების გათვალისწინებით, კანონმდებელმა დაინახა დაწესებული შეზღუდვების თანდათანობით შემსუბუქების შესაძლებლობა. ...

ველი 52

(3) ამ სიტუაციაში, საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 I 1 პარაგრაფში დაფიქსირებული შეკრებების ზოგადი აკრძალვა, რომელიც მხოლოდ საქსონიის მიწის კორონასგან დაცვის დადგენილების 3 III პარაგრაფით

ფით გათვალისწინებული გამონაკლისი ნებართვისათვის ტოვებდა ადგილს, საკმარისად არ ითვალისწინებდა შეკრებების თავისუფლების მნიშვნელობას თავისუფალ სახელმწიფოში. კანონმდებელი თავადაც აშკარად ხვდებოდა შეკრებების თავისუფლების განსაკუთრებულ მნიშვნელობას, რადგან გაითვალისწინა იმ შეკრებების ჩასატარებლად ნებართვის გაცემის შესაძლებლობა, რომლებიც საქსონიის შეკრებების შესახებ კანონით იყო მოცული, თუმცა – არა სხვა შეკრებების შემთხვევაში. მაგრამ იმისათვის, რომ შეკრებების თავისუფლების ფუნდამენტური უფლება საკმარისად ყოფილიყო გათვალისწინებული, მას უნდა მოეწესრიგებინა, თუ რა წინაპირობების არსებობის შემთხვევაში შეიძლებოდა შეკრებები ყოფილიყო, ინფექციებისაგან დაცვის სამართლის გაგებით, უსაფრთხო და, შესაბამისად, ნებადართული, ღია ცის ქვეშ, მონაწილეთა შეზღუდული რაოდენობითა და დამცავი ღონისძიებების გამოყენებით (...). თავად კანონმდებელს ასევე მკაფიოდ უნდა მოეწესრიგებინა, თუ როდის გასცემდა საგამონაკლისო ნებართვას, როდესაც დაგეგმილი შეკრებების ინფექციების გავრცელების თვალსაზრისით უვნებელი იქნებოდა. ეს იყო ერთადერთი გზა, რომლითაც შეეძლო შეექმნა მას, მოქალაქეებისა და ადმინისტრაციული ორგანოებისათვის, საჭირო და აუცილებელი სამართლებრივი სიცხადე“

II. მნიშვნელოვანი ტენდენციები ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს პრაქტიკაში

1. BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159

სახელმძღვანელო პრინციპი:

მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზის გატეხილი კერამიკული ჩანართი, როგორც პროდუქტის წუნი.

საორიენტაციო წინადადება:

1. პროდუქტის უსაფრთხოება, რომელიც, (გერმანიის) პროდუქტისათვის პასუხისგების შესახებ კანონის (ProdHaftG) 3 I პარაგრაფის შესაბამისად, უნდა ახასიათებდეს მას მომხმარებლის თვალში [შეესატყვისება მომხმარებლის მოლოდინს], უნდა შეფასდეს, უპირველესად, განსახილველი პროდუქტის გამოყენების მიზნის, ობიექტური მახასიათებლებისა და თვისებების, ასევე მომხმარებლთა იმ ჯგუფის სპეციფიკის გათვალისწინებით, რომლისთვისაც არის აღნიშნული პროდუქტი გამიზნული. აქცენტი კეთდება არა შესაბამისი მომხმარებლის უსაფრთხოების სუბიექტურ, არამედ ობიექტურ მოლოდინზე, სთავაზობს თუ არა პროდუქტი საიმედოობის იმ დონეს, რომელიც საჭიროა და შეესატყვისება სამოქალაქო ბრუნვის შესაბამის სფეროში არსებულ მოლოდინებს.

2. კონსტრუქციის წუნი არ შეიძლება იყოს ნავარაუდები მხოლოდ იმიტომ, რომ კერამიკული ჩანართი, ზოგადად გატყდა, როდესაც მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზის იმპლანტაციის დროს კერამიკა/კერამიკულ-წყვილთა კავშირისას (Gleitpaarungen), ტაბუხის ფოსოს მოტეხილობა მთლიანად არ იყო გამორიცხული და, შესაბამისად, (გერმანიის) პროდუქტის უსაფრთხოების შესახებ კანონის 3 I პარაგრაფის მიხედვით, არ ემთხვეოდა უსაფრთხოების ლეგიტიმურ მოლოდინს, რომ კერამიკული ჩანართი არასდროს გატყდებოდა.

ფაქტები:

2007 წელს მოსარჩელეს ჩაუდგეს ბარძაყის ხელოვნური სახსარი, რომელიც შედგებოდა ტაბუხის ფოსოსგან, ბარძაყის თავისგან კერამიკული ჩანართით (ე. წ. Gleitpaarung – „ორმაგი მობილობის ფოსო“) და ბარძაყის ლილვისგან. დაახლოებით ოთხი წლის შემდეგ, საჭირო გახდა ორმაგი მობილობის ფოსოს შეცვლა, რად-

გან ბარძაყის თავის მიმდებარედ არსებული კერამიკული ჩანართი გატყდა. მოსარჩელემ უჩივლა კერამიკული ჩანართის მწარმოებელს, პროდუქტის წუნდებულების საბაბით და მოითხოვა ზიანის ანაზღაურება.

(დამატებითი შენიშვნა ავტორისგან: ორმაგი მობილობის ფოსო ქმნის კავშირს ბარძაყის ფოსოსა (მენჯის მიერ წარმოქმნილი ბარძაყის სახსრის ძვლოვან ნაწილსა) და ბარძაყის ლილვს (ბარძაყის ძვალში იმპლანტირებულ ხელოვნური ბარძაყის სახსრის ნაწილს) შორის. ამ ორმაგი მობილობის ფოსოს მეშვეობით ხდება ხელოვნური ბარძაყის სახსრის მოძრაობა.

მხარეთა შორის სადავო არ ყოფილა საკითხი, ნებადართული იყო თუ არა სამოქალაქო ბრუნვაში კერამიკული ჩანართით ამ ორმაგი მობილობის ფოსოს აგება. არამედ უნდა გადაწყვეტილიყო, (2007 წლისათვის არსებული კვლევების შესაბამისად) იყო თუ არა მოპასუხის მიერ, 36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოსათვის (ბარძაყის თავის დიამეტრიდან გამომდინარე) წარმოებული კერამიკული ჩანართი წუნდებული პროდუქტი, რადგან ის (ბარძაყის თავის უფრო დიდი დიამეტრის ნაწილობრივ საკომპენსაციოდ) უფრო თხელკედლიანი იყო, ვიდრე ბარძაყის თავისთვის ადრე გამოყენებული ზომები, რომლებიც 28 მმ-მდე ზომისა იყო.

სამართლებრივი საკითხები:

1. გადაწყვეტილება არსებითად ეხება იმ საკითხს, თუ როგორ უნდა იყოს გამოყენებული სამედიცინო პროდუქტების მიმართ წუნდებული პროდუქტისათვის პასუხისგების ზოგადი კრიტერიუმები, რომლებიც სასამართლო პრაქტიკის მიერ არის შემუშავებული¹.

თუ სხეული ან ჯანმრთელობა ზიანდება პროდუქტის წუნის გამო, მწარმოებელი ვალდებულია გადაიხადოს კომპენსაცია (გერმანიის) პროდუქტისათვის პასუხისგების შესახებ კანონის 1 I 1 პარაგრაფის შესაბამისად. ამ კანონის

¹ გერმანული სასამართლო პრაქტიკის მიმოხილვა - *ჰაგენლოხი*, ამონარიდები გერმანიის ფედერალური სასამართლოს გადაწყვეტილებებიდან პროდუქტზე პასუხისმ-

გებლობის თაობაზე, შედარებითი სამართლის ჟურნალი 10/2022, 141-ე და მომდევნო გვერდები (<http://lawjournal.ge/235235235234-2/>).

3 I პარაგრაფის მიხედვით, პროდუქტი წუნდება-ლია, თუ იგი მომხმარებელს ვერ სთავაზობს უსაფრთხოების იმ დონეს, რომელიც გონივრუ-ლობის ფარგლებში შეიძლება მოსალოდნე-ლი ყოფილიყო (შდრ. სკ-ის 1009-ე და შემდგომი მუხლები) განსახილველი პროდუქტის გამოყე-ნების მიზნის, ობიექტური მახასიათებლებისა და თვისებების, ასევე მომხმარებლთა იმ ჯგუ-ფის სპეციფიკის გათვალისწინებით, რომელ-თათვისაც არის აღნიშნული პროდუქტი გამიზ-ნული.² აქედან გამომდინარე, აქცენტი კეთდება არა შესაბამისი მომხმარებლის უსაფრთხოე-ბის სუბიექტურ, არამედ ობიექტურ მოლოდინ-ზე: სთავაზობს თუ არა პროდუქტი მომხმარე-ბელს უსაფრთხოების იმ დონეს, რაც საჭიროა სამოქალაქო ბრუნვის შესაბამის სფეროში და-მკვიდრებული მოსაზრებებისა და შეხედულებების მიხედვით. ზოგადად, აქ შეფასების იგივე ობიექტური მასშტაბი უნდა იყოს გამოყენებუ-ლი, რომელიც გამოიყენება მწარმოებლის „ბ-რუნვის უსაფრთხოების ვალდებულებებთან დაკავშირებით“ ზოგადი დელიქტური პასუხისმ-გებლობის ფარგლებში, გსკ-ის 823 I პარაგრა-ფის შესაბამისად („ბრუნვის უსაფრთხოების ვა-ლდებულებებთან დაკავშირებით შედარებადია სკ-ის 992-ე მუხლთან). ამიტომაც (ისევე, რო-გორც ზოგადი დელიქტური წესით პროდუქტი-სათვის პასუხისგების შემთხვევებში) შესაძლე-ბელია ერთმანეთისაგან განვასხვაოთ წარმოე-ბის, კონსტრუქციისა და ინსტრუქციის წუნი.³ (გერმანიის) პროდუქტისათვის პასუხისგების შესახებ კანონის 1 IV 1 პარაგრაფის მიხედვით, დაზარალებულ მხარეს ეკისრება პროდუქტის წუნის არსებობისა და ამ წუნსა და ზიანს შორის კაუზალობის მტკიცების ტვირთი.

ა) აღნიშნულის საფუძველზე ფედერალური უმაღლესი სასამართლო უთითებს თავის უკვე

დადგენილ პრაქტიკაზე, რომლის მიხედვითაც, კონსტრუქციის წუნი სახეზეა, თუ პროდუქტი, უკვე მისი კონცეფციის მიხედვით, ვერ აკმაყო-ფილებს უსაფრთხოების საჭირო სტანდარტს. აღნიშნულის უზრუნველსაყოფად, მწარმოებე-ლმა პროდუქტის დაგეგმვისა და შექმნის ფარგ-ლებში უნდა მიიღოს ის ზომები, რომლებიც ობიექტური შეფასების მასშტაბის მიხედვით, აუცილებელი და გონივრულია საფრთხის თავი-დან ასაცილებლად.⁴ ზოგადად, საჭიროა უსაფ-რთხოების ისეთი ზომების მიღება, რომლებიც პროდუქტის ბაზარზე გამოტანის დროისთვის, სამეცნიერო და ტექნიკური სტანდარტების უახ-ლესი მდგომარეობის გათვალისწინებით, კონს-ტრუქციულად ხელმისაწვდომი, გამოსადეგი და საკმარისია ზიანის თავიდან ასაცილებლად. თუმცა აქ, შეფასებისას, არ გაითვალისწინება ის გარემოება, რომ უსაფრთხოების ტექნიკის კუთხით, არსებობს (აბსტრაქტულად) უკეთესი ალტერნატიული გზები ან აღნიშნული განვითა-რებისა თუ ტესტირების ფაზაშია. უფრო მეტიც, პროდუქტის გამოყენებასთან დაკავშირებული საფრთხე მხოლოდ მაშინ შეიძლება ჩაითვა-ლოს თავიდან აცილებადად, როდესაც სანდო ექსპერტული ცოდნის საფუძველზე, ხელმისაწ-ვდომი იქნება პრაქტიკული, გამოყენებადი ალ-ტერნატიული გადაწყვეტები. თუმცა, ეს ძირითა-დად მხოლოდ იმ შემთხვევაშია სახეზე, როდე-საც ალტერნატიული კონსტრუქცია, რომელიც უსაფრთხოების თვალსაზრისით უკეთესია, მზად არის სერიული წარმოებისათვის.⁵

ექსპერტიზის დასკვნის საფუძველზე, ფედე-რალურმა უმაღლესმა სასამართლომ ივარაუ-და, რომ მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების იმ-ჟამინდელი მდგომარეობის გათვალისწინე-ბით, კერამიკული ჩანართის გატეხვის გარკვეუ-

² BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 24; EuGH, Urteil vom 5. März 2015 C-503/13 und C-504/13 - NJW 2015, 1163, juris Rn. 38; ინგლისურენო-ვანი ტექსტური ვერსია: <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?mode=lst&pageIndex=0&docid=162686&part=1&doclang=EN&text=&dir=&occ=first&cid=1063208>.

³ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 24; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 107/08 - BGHZ 181, 253, juris Rn. 16, უფრო დეტალურად

წარმოდგენილია - ჰაგენლოხი www.lawjournal.ge, 10-2022, გვ. 146-ე და შემდეგი.

⁴ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 30; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 107/08 - BGHZ 181, 253, juris Rn. 16, უფრო დეტალურად წარმოდგენილია - ჰაგენლოხი www.lawjournal.ge, 10-2022, გვ. 146-ე და შემდეგი.

⁵ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 30; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 107/08 - BGHZ 181, 253, juris Rn. 16.

ლი რისკი გარდაუვალი იყო. გარდა ამისა, მხოლოდ 2009 წელს გახდა ცნობილი, რომ აქ გამოყენებულ 36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოს, თხელკედლიანი კერამიკული ჩანართის გამო, ახასიათებდა გატეხვის უფრო მაღალი რისკი, ვიდრე მის მსხვილ ვერსიას (იმდროინდელი მდგომარეობის მიხედვით: 36 მმ ზომას – 0.82% მსხვრევის რისკი, ყველა სხვა ზომას – 0.2%). ამიტომაც, რისკების ხასიათისა და მასშტაბის, მათი ალბათობის, რეალიზაციისა და პროდუქტთან დაკავშირებული სარგებლობის გათვალისწინებით, უნდა შემოწმდეს, საერთოდ დასაშვები იყო თუ არა ბრუნვაში, მოცემული სარისკო პროდუქტის (36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოს) შემოტანა.⁶

ამაზე ფედერალურმა უმაღლესმა სასამართლომ დადებითი პასუხი გასცა. 36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოს, მიუხედავად გატეხვის მაღალი რისკისა, ჰქონდა ის უპირატესობა, რომ დიდდიამეტრიანი ბურთის წყალობით, ბუდეში ბურთის მოძრაობის დიაპაზონი იზრდებოდა და ამცირებდა ამოვარდნის (დისლოკაციის) რისკს. შესაბამისად, მიუხედავად მისი გატეხვის მაღალი რისკისა, დიდი ზომის (28 მმ-ზე მეტი ზომის) კერამიკული ჩანართის ბაზარზე გამოტანა, მანამდე არსებული, მცირე ზომის [უსაფრთხო] ჩანართების გვერდით, ვერ ჩაითვლება პროდუქტის წუნად. ეს არჩევანი საშუალებას აძლევდა ქირურგს, შესაბამისი პაციენტის ინდივიდუალური ფიზიოლოგიური საჭიროებებიდან გამომდინარე, შეერჩია მისთვის შესაბამისი ჩანართი – გატეხვის მაღალი რისკის მატარებელი, მაგრამ დისლოკაციის კუთხით ნაკლებსაშიში, თუ – პირიქით.

ის ფაქტი, რომ კერამიკული ჩანართი ტყდება, არ ნიშნავს ზოგადად კონსტრუქციის წუნს. ვინაიდან ასეთი მოტეხილობები სრულად არ იყო გამორიცხული იმპლანტაციის დროს, მომხმარებელს ვერ ექნებოდა, (გერმანიის) პროდუქტისათვის პასუხისმგებლის შესახებ კანონის 3 I პარაგრაფის გაგებით, იმის ლეგიტიმური მო-

ლოდინი, რომ კერამიკული ჩანართი არასდროს გატყდებოდა.⁷ სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ: გატეხვის რისკი, რომელიც (თუნდაც 26 მმ-მდე ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოს შემთხვევაში), მართალია, ნაკლები ხარისხით, მაგრამ გამოვლენილი იყო და იყო იმ მომენტისათვის თავიდან აურიდებელი, დაინტერესებული პირების (მედიკოსების, სათანადოდ ინფორმირებული პაციენტების) მიერ მაინც დასაშვებად იქნა მიჩნეული, რამდენადაც პაციენტის ორგანიზმის გარკვეული ფიზიოლოგიური კონსტრუქციის არსებობის შემთხვევაში, მას ჰქონდა უპირატესობები, რომლებიც გატეხვის რისკს, სულ მცირე, აბალანსებდა.

გადაწყვეტილებაში ნახსენები ასპექტების გარდა, მომხმარებლის უსაფრთხოების ლეგიტიმური მოლოდინების კუთხით, მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ორმაგი მობილობის ფოსოს ზომის შერჩევა ხდება სპეციალისტის ან პაციენტის მიერ, რომელიც სათანადოდ არის ინფორმირებული პასუხისმგებელი ქირურგის მხრიდან. ქირურგის ერთ-ერთი სპეციფიკური ამოცანაა, დადებითი მხარეებისა და რისკების შეფასების შემდეგ, შესაბამისი პაციენტისათვის ინდივიდუალურად განსაზღვროს ორმაგი მობილობის ფოსოს ოპტიმალური ზომა. ექსპერტის ჩართვამ უნდა გამორიცხოს პაციენტისათვის არასწორი დიაგნოზის დასმა და უბრუნველყოს, რომ გატეხვის გაზრდილი რისკის მქონე ორმაგი მობილობის ფოსო, მხოლოდ იმ შემთხვევაში იყოს გამოყენებული, როდესაც ეს, სამედიცინო კუთხით, ნაჩვენები ან აუცილებელია.

ამ მხრივ, ორმაგი მობილობის ფოსოს შემთხვევაში, უსაფრთხოების ლეგიტიმური მოლოდინი განსხვავდება იმ სამედიცინო პროდუქტებისგან, რომლებიც შეიძლება თავად პაციენტმა გამოიყენოს უშუალო სამედიცინო ზედამხედველობის გარეშე ან, თუნდაც, თავად შეიძინოს ექიმის დანიშნულების ან რჩევის გარეშე. მომხმარებლის მიერ ასეთი სამედიცინო პროდუქტების არასწორად გამოყენების რისკი გაცილებ-

⁶ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 35; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 107/08 - BGHZ 181, 253, juris Rn. 17.

⁷ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 36.

ბით მაღალია, რაც, (გერმანიის) პროდუქტისათვის პასუხისმგებლის შესახებ კანონის ზოგადი პრინციპების მიხედვით, გავლენას ახდენს სამედიცინო პროდუქტთან მიმართებით წარმოშობილ უსაფრთხოების ლეგიტიმურ მოთხოვნებსა და მოლოდინებზე.⁸ აღნიშნული წესი მოქმედებს განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც არსებობს მაღალი რისკი იმისა, რომ პაციენტმა, ტკივილის გამო, სამედიცინო პროდუქტი დამოუკიდებლად, „უფრო ინტენსიურად“ გამოიყენოს (სწრაფი ეფექტისა და მოქმედების იმედით), ვიდრე ეს ობიექტურად მიზანშეწონილია.

ბ) ფედერალურმა უმაღლესმა სასამართლომ უარყო ინსტრუქციის წინი:

დადგენილი სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, პროდუქტის აუცილებელი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, მწარმოებელმა უნდა მიიღოს ის ზომები, რომლებიც ობიექტურად საჭიროა, კონკრეტული შემთხვევის გარემოებების გათვალისწინებით, საფრთხის თავიდან ასაცილებლად და გონივრულია ობიექტური პერსპექტივიდან შეფასებისას. თუ, მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების ამჟამინდელი მდგომარეობიდან გამომდინარე, შეუძლებელია პროდუქტის იმგვარი კონსტრუირება, რომ მის გამოყენებასთან დაკავშირებული საფრთხე სრულად გამოირიცხოს ან ეს მწარმოებელს არ შეიძლება მოეთხოვოს [მაგ., შეუსაბამო ხარჯებიდან გამომდინარე] და ამგვარად, პროდუქტი, როგორც მოცემულ შემთხვევაში, 36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსო, ზემოთ დასახელებული მიზეზების გამო, მაინც შეესაბამება უსაფრთხოების ლეგიტიმურ მოლოდინს, მისი გატანა ბაზარზე სარეალიზაციოდ, ზოგადად, დასაშვებია. ამასთან, მწარმოებელი ზოგადად ვალდებულია გააფრთხილოს პროდუქტის მომხმარებელი იმ საფრთხის შესახებ, რომელიც შეიძლება წარმოიშვას არამიზნობრივი გამოყენების ან აშკარად არასწორი გამოყენების დროს და რის

შესახებ ცოდნაც მომხმარებელთა მიზნობრივ ჯგუფს, ზოგადად, ვერ ექნება. ეს საშუალებას აძლევს პროდუქტის მომხმარებელს თავად აიღოს პასუხისმგებლობა მის გამოყენებასთან დაკავშირებულ რისკებზე, ამ პროდუქტის უპირატესობების გათვალისწინებით. ამიტომაც, პირველ რიგში, შესაბამისმა გაფრთხილებებმა და ინსტრუქციებმა მომხმარებელს უნდა მისცეს საშუალება [საკუთარი ამ პასუხისმგებლობის მოქმედების ფარგლებში] გაუმკლავდეს და მართოს მოსალოდნელი საფრთხეები, რამდენადაც ეს შესაძლებელია.⁹

ინსტრუქტირების [ინსტრუქციების მიცემის ვალდებულების] ვალდებულების შინაარსი და ფარგლები არსებითად განისაზღვრება საფრთხის სიდიდისა და საფრთხის ქვეშ დაყენებული სამართლებრივი სიკეთის ტიპისა და მიხედვით. რაც უფრო დიდია საფრთხე, მით უფრო მაღალია სწორი ინსტრუქციების მიცემის მიმართ წაყენებული მოთხოვნები, რომლებიც უნდა დაკმაყოფილდეს ამ კუთხით. თუ პროდუქტი საფრთხეს უქმნის ადამიანების ჯანმრთელობას ან სხეულებრივ მთლიანობას, გაფრთხილება უნდა შეიცავდეს ამაზე მითითებას; რომ არსებობს სერიოზული ეჭვი ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენების შესახებ.¹⁰

ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს თანახმად¹¹, 2007 წლის მდგომარეობით, ასეთი სერიოზული ეჭვი 36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოსთან დაკავშირებით არ არსებობდა, რადგან მხოლოდ 2009 წელს გახდა ცნობილი, რომ 36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოს, 28 მმ-მდე ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოსთან შედარებით, რეალურად ჰქონდა გატეხვის უფრო მაღალი რისკი. 2007 წლის მდგომარეობით, მომხმარებლის გაფრთხილება ამასთან დაკავშირებით ჯერ კიდევ არ იყო აუცილებელი/სავალდებულო და არ გამომდინარეობდა

⁸ შდრ. პროგნოზირებადი არასწორად გამოყენებისგან დაცვის შესახებ: BGH, Urteil vom 5. Februar 2013 - VI ZR 1/12 - NJW 2013, 1302, juris Rn. 14, განხილულია - ჰაგენლოხი, www.lawjournal.ge, Heft 10-2022, S. 141, 149 ff. V თავის ქვევით.

⁹ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 38; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 107/08, BGHZ 181, 253, juris Rn. 23.

¹⁰ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 38.

¹¹ BGH, Urteil vom 16. Juni - VI ZR 107/08, BGHZ 181, 253, juris Rn 24.

არც იმ აბსტრაქტული რისკიდან, რომ, რაც უფრო თხელია კერამიკული ჩანართი, მით უფრო დიდია მისი გატეხვის ალბათობა.¹²

გადაწყვეტილებაში განვითარებული მოსაზრებების გარდა, გასათვალისწინებელია, რომ ორმაგი მობილობის ფოსოს გამოყენება ხდება მხოლოდ სათანადო კვალიფიკაციის მქონე ექიმების მიერ და, შესაბამისად, არ არსებობს თავად პაციენტის მიერ მისი თვითნებურად და არასწორად გამოყენების რისკი. ამის შედეგია ის, რომ ინსტრუქციების მიწოდების ვალდებულების ფარგლებში, ყურადღება უნდა მიექცეს მხოლოდ იმ საფრთხეებს, რომელთა შესახებაც გაფრთხილება სჭირდება სპეციალისტს [და არა მომხმარებელს].¹³ მიუხედავად ამისა, 36 მმ ზომის ორმაგი მობილობის ფოსოს გატეხვის უფრო მაღალი რისკი გაფრთხილებაში დაფიქსირებული უნდა ყოფილიყო, თუ ის უკვე აშკარა იქნებოდა 2007 წლისათვის. ბარდაყის თავის დიამეტრსა და კერამიკული ჩანართის გატეხვის რისკს შორის კავშირის არსებობა არ არის ადვილად ამოსაცნობი ქირურგისთვის და, სამედიცინო ტექნოლოგიური საზოგადოებისთვისაც კი, მხოლოდ პროდუქტის გამოშვების შემდეგ, ემპირიულ მონაცემებზე დაკვირვების შედეგად, გახდა ცნობილი.

გ) ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს მიხედვით, აქ, ასევე, არ იყო სახეზე ფაბრიკაციის წუნი.

არ არსებობს prima facie-მტკიცებულება (Anscheinsbeweis, სხვაგვარად ასევე: „აშკარა მტკიცებულება“) იმისა, რომ კერამიკული ჩანართის გატეხვა ფაბრიკაციის წუნმა გამოიწვია. prima facie-მტკიცებულების პრინციპები გამოიყენება მხოლოდ ისეთ ტიპურ მოვლენებზე, ანუ, იმ შემთხვევებში, როდესაც, მოვლენების გარკვეულ, ჩვეულ თანმიმდევრობაზე დაყრდნობით,

კეთდება, ზოგადი ცხოვრებისეული გამოცდილებით გამყარებული, დასკვნა მათ შორის მიზეზ-შედეგობრივი (კაუზალური) კავშირის არსებობაზე კონკრეტულ შემთხვევაში.¹⁴ თუმცა, მოცემულ შემთხვევაში, არ დგინდება (როგორც ეს დეტალურად არის ახსნილი გადაწყვეტილებაში), რომ კერამიკული ჩანართის გატეხვა, როგორც წესი, წარმოების პროცესის და/ან პროდუქტის ხარისხის არასაკმარის კონტროლზე მიუთითებს. ამ დაშვების საწინააღმდეგოდ, გადაწყვეტილების ზემოთ მოხმობილი დასაბუთებისაგან განსხვავებით, საკმარისია უკვე იმ ფაქტზე მითითება, რომ (2007 წლის მონაცემებით) კერამიკული ჩანართის კონსტრუირებისას, მისი გატეხვის რისკი იმანენტური იყო და, შესაბამისად, მისი გატეხვაც, მარტივად შეიძლება აიხსნას, პროდუქტის რისკის რეალიზაციებით.

2. ვინაიდან, მოცემულ, კონკრეტულ სამართალწარმოებაში კერამიკული ჩანართი გატეხდა, ფედერალურ უმაღლეს სასამართლოს აღარ მოუწია პასუხის გაცემა იმ შეკითხვაზე, რა წინაპირობების არსებობას შეუძლია გამოიწვიოს პროდუქტის წუნი არასწორი ფუნქციონირების, აქ: გატეხვის რისკის, სახით. კონკრეტული გადაწყვეტილებიდან გამომდინარე, ეს საკითხი მოკლედ იქნება ახსნილი.

მოცემულ კონტექსტში განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონეა ევროპის მართლმსაჯულების სასამართლოს 2015 წლის 5 მარტის გადაწყვეტილება¹⁵ და ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს ქვემოთ მოყვანილი გადაწყვეტილება.¹⁶ მოცემულ საქმეს საფუძვლად ედო შემდეგი გარემოებები (ფაქტები მნიშვნელოვნად გამარტივებულია):

პაციენტს, რომელიც იყო დაზღვეული მოსარჩელის ჯანმრთელობის სადაზღვევო კომპა-

¹² BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 39.

¹³ შდრ. გაფრთხილების ვალდებულებების ფარგლებს პროდუქტებზე, რომელთა გამოყენება მხოლოდ სათანადო კვალიფიციურ პერსონალს შეუძლია: BGH, Urteil vom 5. Mai 1992 - VI ZR 188/91 - NJW 1992, 2016, juris Rn. 41 f.

¹⁴ BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 26; BGH, Urteil vom 18. Dezember 2019 - XII ZR 13/19 - VersR 2020, 636, juris Rn. 32; დადგენილი სასამართლო პრაქტიკა.

¹⁵ EuGH, Urteil vom 5. März 2015 - C-503/13 und C-504/13 - NJW 2015, 1163) ასევე ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს საცნობარო გადაწყვეტილება (BGH, EuGH-Vorlage vom 30. Juli 2013 - VI ZR 327/12 - VersR 2013, 1451).

¹⁶ BGH, Urteil vom 9. Juni 2015 - VI ZR 327/12 - NJW 2015, 2507.

ნიაში, გადაუნერგეს კარდიოვერტერული დეფიბრილატორი (შემდგომში: ICD). როდესაც ხდება გულის რიტმის დარღვევა, ICD იძლევა ერთ ან მეტ ელექტრო იმპულსს რიტმის დარღვევის აღმოსაფხვრელად. 2005 წლის ივნისში, ICD-ის მწარმოებელმა დააგზავნა „უსაფრთხოების შესახებ ინფორმაცია“, რომელშიც მიუთითა, რომ X სერიის ICD-ის შემთხვევაში, რომელიც იმპლანტირებული იყო პაციენტის გულში, მაგნიტური გადამრთველი შესაძლოა დახურულ პოზიციაში მწყობრიდან გამოსულიყო. იმ მომენტისათვის დაფიქსირებული იყო X სერიის 46000 ICD-სთან დაკავშირებული ოთხი ასეთი ინციდენტი; მეხუთე შემთხვევა კი ნავარაუდები იყო. ოთხ დადასტურებულ შემთხვევაში, პაციენტებმა ან ექიმებმა იცოდნენ წუნის შესახებ სიგნალის საშუალებით, რომელიც მიუთითებდა მაგნიტური გადამრთველის დახურვაზე. ამ ოთხივე შემთხვევაში მოწყობილობები შეიცვალა. ჯერჯერობით, მოწყობილობის გამოცვლის გარდა, პაციენტებში არანაირი სხვა ზიანი არ დაფიქსირებულა.

მწარმოებელმა რეკომენდაცია გაუწია მაგნიტური ფუნქციის დეაქტივირებას. ეს უზრუნველყოფდა პარკუჭოვანი და წინაგულის ტაქიარითმიების სამკურნალოდ შესაბამის თერაპიას, მაშინაც კი, თუ მაგნიტური გადამრთველი დახურულ მდგომარეობაში გაიჭედებოდა. მწარმოებლის აღნიშნული რეკომენდაციის მიუხედავად, პაციენტმა და მისმა მკურნალმა ექიმებმა გადაწყვიტეს შეეცვალათ იმპლანტირებული ICD. ჯანმრთელობის სადაზღვევო კომპანიამ მწარმოებლისგან მოითხოვა ჩანაცვლებისათვის გაწეული ხარჯების ანაზღაურება.

მოცემულ საქმეში გადამწყვეტი საკითხი იყო, უნდა ჩათვლილიყო თუ არა იმპლანტირებული ICD წუნდებულ პროდუქტად, მიუხედავად იმისა, რომ არ ყოფილა დადგენილი, რომ მაგნიტური გადამრთველი პაციენტის გულში ამ კონკრეტულ შემთხვევაშიც გაიჭედებოდა.

შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ ევროპის მართლმსაჯულების სასამართლო და ფედერალური უმაღლესი სასამართლო მივიდნენ დასკვნამდე, რომ ისეთი სამედიცინო მოწყობილობების შემთხვევაში, როგორებიცაა კარდიოსტიმულატორი და ICD, პაციენტის უსაფრთხოების ლეგიტიმური მოლოდინი განსაკუთრებით მაღალია. თუ ამ ტიპის პროდუქტში უსაფრთხოება სრულად არ იქნება უზრუნველყოფილი, იმანენტურ წუნს შეუძლია გამოეწვიოს განსაკუთრებული და, ცალკეულ შემთხვევებში, სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობაც კი. ამიტომაც, თუ წუნი აღმოჩენილია გარკვეული ჯგუფის ან გარკვეული სერიის ცალკეულ სამედიცინო პროდუქტებში, შესაძლებელია (კონკრეტული გარემოებების მიხედვით) ამ ჯგუფის ან სერიის ყველა პროდუქტი კლასიფიცირდეს როგორც წუნდებული, კონკრეტული პროდუქტის ფაქტობრივი წუნის დამტკიცების საჭიროების გარეშე.¹⁷

მაშინ როდესაც, აღნიშნული სამართლებრივი მოსაზრება, რომელიც ეხება ისეთ სამედიცინო პროდუქტებს, რომელთა წუნმაც შეიძლება სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა გამოიწვიოს, გერმანიაში უალტერნატივოდ არის აღიარებული, არსებობს განსხვავებული ტენდენციები იმ საკითხთან დაკავშირებით, შეიძლება თუ არა პროდუქტი უკვე იმ მომენტში ჩაითვალოს წუნდებულად, როდესაც (კონკრეტული წუნის დადგენის გარეშე), ჯერ მხოლოდ, სამომავლო წუნის რისკია სახეზე.¹⁸

ავტორის აზრით, აღნიშნულ შეკითხვას, ზოგადად, დადებითად უნდა გაეცეს პასუხი, რადგან უსაფრთხოების ლეგიტიმური მოლოდინი, სულ მცირე, სამედიცინო იმპლანტების შემთხვევაში, არის ის, რომ დაუშვებელია მისი ბაზარზე გამოტანა, როდესაც არსებობს პროდუქტის წუნის გამოვლენის (თავიდან არიდებადი) რისკი. აღნიშნულისაგან უნდა გაიმიჯნოს შემთხვევა, როდესაც ასეთი სამედიცინო მოწყობილობა

¹⁷ EuGH, Urteil vom 5. März 2015 - C-503/13 und C-504/13 - NJW 2015, 1163, juris Rn. 39 ff.; BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 41; BGH, EuGH-Vorlage vom 30. Juli 2013 - VI ZR 327/12 - VersR 2013, 1451, juris Rn. 18 ff.; BGH, Urteil vom 9. Juni 2015 - VI ZR 327/12 - NJW 2015, 2507, juris Rn. 21 ff.

¹⁸ შდრ. მოსაზრების შესახებ: BGH, Urteil vom 1. August 2023 - VI ZR 82/22 - NJW 2023, 3159, juris Rn. 42 18 დადგენილი სასამართლო პრაქტიკა: BGH, Urteil vom 16. Dezember 2008 - VI ZR 170/07 - BGHZ 179, 157, juris Rn. 19; BGH, Urteil vom 12. Februar 1992 - VIII ZR 276/90 - BGHZ 117, 183, juris Rn. 19.

უკვე იმპლანტირებულია ადამიანის ორგანიზმში. ამ დროს, კაუზალობის დონეზე, საჭირო იქნება პასუხის გაცემა შეკითხვაზე, წარმოადგენს თუ არა წუნის გამოვლენის (მხოლოდ) რისკის მქონე პროდუქტის „პროფილაქტიკური“ ჩანაცვლება ე. წ. „გამოწვევის შემთხვევა“¹⁹. პროდუქტის წუნსა და მისი ჩანაცვლების გადაწყვეტილებას შორის კაუზალური კავშირი, ზოგადად, სახეზეა, თუ წუნმა შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი პრობლემები; შესაძლოა – სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა. მეორე მხრივ, პასუხისმგებლობის განმაპირობებელი კაუზალური შერაცხვის (Zurechnungszusammenhang) ელემენტი არ გვაქვს სახეზე, თუ განსაკუთრებულად საგრძნობი უარყოფითი მხარეების გარეშე, დასაშვებია მოცდა და გადამოწმება, რეალურად მატერიალიზდება თუ არა წუნის გამოვლენის რისკი. კერამიკული ჩანართის მოცემულ პრობლემატიკასთან დაკავშირებით, ეს ნიშნავს იმას, რომ, რადგან გატეხვის რისკი 1%-ზე ნაკლები იყო (2007 წლის მდგომარეობით) და (სულ მცირე, როგორც წესი) მოცდის შემთხვევაში არ არსებობდა სერიოზული დაზიანების საფრთხე, „პროფილაქტიკური“ ჩანაცვლება (მისი ხარჯები), პასუხისმგებლობის სამართლის გაგებით, შერაცხვადი არ ყოფილა.

გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ ეს პრობლემატიკა აქტუალურია, ასევე სხვა პროდუქტებთან მიმართებითაც, სადაც ერთმა ცალკეულმა წუნმა შეიძლება დრამატული შედეგები გამოიწვიოს. თუმცა, ყოველთვის უნდა მიექცეს ყურადღება იმასაც, რომ პროდუქტის მწარმოებლის მიერ ასანაზღაურებელი ზიანი არ მოიცავს იმ ქონებრივი დანაკლისის კომპენსაციის საკითხს, რომელიც გამოწვეულია თავად პროდუქტის დაზიანებით (ამავე პროდუქტის ნაკლის გამო) ((გერმანიის) პროდუქტის მწარმოებლის პასუხისმგებლობის შესახებ კანონის 1 I 2); ეს ე. წ. ექვივალენტურობის ინტერესის ანაზღაურების მოთხოვნა შესაძლებელია მხოლოდ ნა-

კლის გამო ვალეებულებითსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ფარგლებში. დაუშვებელია დელიქტური წესით ანაზღაურების მოთხოვნა თავად პროდუქტის წუნის გამო გაუფასურებული ღირებულების, როგორც ზიანისათვის, ვინაიდან შეძენილ ნივთზე რეალიზებული (წუნით გამოწვეული) გამაუფასურებელი ეფექტი (Mangelunwert) არ წარმოადგენს საკუთრების უფლების ხელყოფას გსკ-ის 823 I გაგებით.

2. BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166

სახელმძღვანელო პრინციპები:

1. გსკ-ის 630 II 1 2 პარაგრაფი არ ითვალისწინებს [პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდებასა და] თანხმობის გაცემამდე „მოცდის პერიოდის“ არსებობას, რომლის დაუცველობაც გამოიწვევდა თანხმობის ბათილობას; ნორმა არ შეიცავს რაიმე მოთხოვნას, რომ ინფორმაციის მიწოდებასა და თანხმობას შორის უნდა იყოს დატოვებული გარკვეული პერიოდი (დაადასტურა: BGH, Urteil vom 20. Dezember 2022 - VI ZR 375/21 - BGHZ 236, 42 Rn. 16, 18) (ავტორის შენიშვნა: გსკ-ის 630 II 1 2 პარაგრაფში ნათქვამია: ინფორმაციის მიწოდება უნდა მოხდეს... დროულად, რათა პაციენტმა მიიღოს გააზრებული გადაწყვეტილება თანხმობის გაცემასთან დაკავშირებით).

2. ქირურგიული ჩარევის დაწყებამდე, რომლის დროსაც ექიმმა მხედველობაში უნდა მიიღოს ოპერაციული ჩარევის ფარგლების გაფართოების ან ოპერაციის სხვა მეთოდით ჩანაცვლების სერიოზული შესაძლებლობა, პაციენტი აღნიშნულისა და მასთან დაკავშირებული განსაკუთრებული რისკების შესახებ ინფორმირებული უნდა იყოს.

¹⁹ მთარგმნელის შენიშვნა: Herausforderungsfall – შემთხვევა, როდესაც დამაზიანებელი დაზიანებულს აყენებს ისეთ მდგომარეობაში, როდესაც ამ უკანასკნელს უწევს

შემდგომი დაზიანების თავიდან ასაცილებლად დამატებითი ხარჯების გაწევა.

ფაქტობრივი გარემოებები:

2016 წლის ოქტომბრის დასაწყისში მოსარჩელეს დაუდგინდა მარჯვენა სუპრასპინატუსი კუნთის მყესის სრული გახლეჩვა, იმპინჯმენტის სინდრომი (მხრის თაღის ქვეშ შევიწროება), სუბაკრომიული ბურსიტი და იდაყვის ბურსიტი (სინოვიური აბგის ანთება). მეორე მოპასუხემ, რომელიც მას მკურნალობდა, ურჩია მარჯვენა მხრისა და მარჯვენა იდაყვის ქირურგიული მკურნალობა.

2016 წლის 5 ოქტომბერს ექიმმა მოსარჩელეს ჩაუტარა განმარტებითი გასაუბრება. საუბრის ბოლოს მოსარჩელემ ხელი მოაწერა თანხმობის ფორმას, სახელწოდებით: „მხრის სახსრისა და სუბაკრომიული ბურსის ართროსკოპია“. შესაძლო გართულებად, თანხმობის ფორმაში მითითებული იყო ინფექციების ჩამონათვალი და მათი დეტალური აღწერა. ამასთან, სხვა საკითხებთან ერთად, აღნიშნული იყო, რომ, ზოგიერთ შემთხვევაში, არ იყო შესაძლებელი როტატორული მანჯეტის ართროსკოპიული გაკერვა ან ხელახალი მიმაგრება; შესაბამისად, საჭირო იქნებოდა ღია ოპერაციის ჩატარება.

2016 წლის 7 ოქტომბერს მოსარჩელე მივიდა პირველი მოპასუხის კლინიკაში და იმავე დღეს მეორე მოპასუხემ გაუკეთა მას ოპერაცია. პროცედურა დაიწყო ართროსკოპიით. ართროსკოპიის დროს ამოიღეს საგრძნობლად გასქელებული და ქრონიკულად ანთებული სინოვიური აბგა (ბურსექტომია), გააფართოეს სივრცე მხრის თაღის ქვეშ (აკრომოპლასტიკა) და როტატორული მანჯეტის შეხორცებები ერთმანეთს დააშორეს. ასევე აღინიშნა, მარჯვენა სუპრასპინატუსი კუნთის მყესის სრული გახლეჩვა. რის შემდეგაც ოპერაცია უკვე გაკეთებული ართრო-

სკოპიული ჭრილობის გაფართოებით გაგრძელდა, რომლისთვისაც გამოყენებულ იქნა მინიღია ტექნიკა.

პოსტოპერაციული ინფექციის გამო, მოსარჩელეს ჩაუტარდა ორი სარევიზიო ოპერაცია მარჯვენა მხარზე. ქსოვილის ნიმუშმა აჩვენა ბაქტერიის სტაფილოკოკუს ეპიდერმიდის გავრცელება.

მოსარჩელე ითხოვდა ზიანის ანაზღაურებას, რომლის საფუძვლადაც უთითებდა ინფორმაციის მიწოდების ვალდებულების დარღვევასა და სამედიცინო შეცდომებს.

სამართლებრივი პრობლემატიკა:

საპროცესოსამართლებრივი საფუძვლებიდან გამომდინარე, ფედერალური უმაღლესი სასამართლო შეეხო მხოლოდ იმ საკითხს, გაცა თუ არა მოსარჩელემ ნამდვილი თანხმობა ქირურგიულ ჩარევაზე.

1. უმაღლესი სამხარეო სასამართლოების პრაქტიკაში²⁰ არსებული ცალკეული საპირისპირო ტენდენციების საწინააღმდეგოდ, ფედერალურმა უმაღლესმა სასამართლომ განამტკიცა 2022 წლის 20 დეკემბრის გადაწყვეტილებაში მითითებული პოზიცია,²¹ რომლის მიხედვითაც, სამედიცინო ჩარევაზე მიცემული თანხმობა არ არის ბათილი მხოლოდ იმიტომ, რომ იგი გაცემულია ინფორმაციის მიწოდებისთანავე.²² ამის საპირისპიროდ, გადამწყვეტია, ჰქონდა თუ არა პაციენტს საკმარისი შესაძლებლობა, მიეღო (შინაგანად) თავისუფალი გადაწყვეტილება.²³ შესაბამისად, არ არის აუცილებელი, ინფორმაციის მიწოდებასა და თანხმობას შორის არსებობდეს „მოცდის პერიოდი“. თუმცა, ინფორმაცია დროულად უნდა იყოს მიწოდებული, რათა პაციენტმა ადეკვატურად შეაფასოს სამედიცი-

²⁰ შდრ. etwa Hanseatisches Oberlandesgericht Bremen, Urteil vom 25. November 2021 - 5 U 63/20 - MedR 2022, 493, juris Rn. 50, განხილული - ჰაგენლოხი, MedLawReview 2-2023, www.lawjournal.ge. S. 1, 29 f.; OLG Köln, Urteil vom 16. Januar 2019 - I-5 U 29/17 - MedR 2020, 483, juris Rn. 20 f.

²¹ BGH, Urteil vom 20. Dezember 2022 - VI ZR 375/21 - BGHZ 236, 42, juris Rn. 16 ff., განხილული - ჰაგენლოხი, www.lawjournal.ge, Heft 9-2023, S. 1, 3 ff.

²² BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166, juris Rn. 21.

²³ BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166, juris Rn. 22; BGH, Urteil vom 25. März 2003 - VI ZR 131/02 - NJW 2003, 2012, juris Rn. 18.

ნო ჩარევის დადებითი და უარყოფითი მხარეები და, ამგვარად, შეძლოს თვითგამორკვევის უფლების სათანადოდ რეალიზება.²⁴

სააპელაციო სასამართლომ აღნიშნული მბოჭავი და არარევიზირებადი ფორმით დაადგინა. კერძოდ, მოსარჩელემ სასამართლო პროცესზე პირდაპირ განაცხადა, რომ მასზე ზეწოლას ადგილი არ ჰქონია.

წინამდებარე გადაწყვეტილებაში გაჟღერებული პოზიციების გარდა, უნდა აღინიშნოს – პაციენტს, რომელიც მიიჩნევს, რომ, ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ, შესწევს უნარი, მიიღოს კარგად გააზრებული გადაწყვეტილება, შეუძლია, დაუყოვნებლივ და ნამდვილი ნების საფუძველზე, დაეთანხმოს სამედიცინო ჩარევას. თუ მას სურს, ჰქონდეს გარკვეული დრო მოსაფიქრებლად, ზოგადად, მისი მხრიდან მოსალოდნელია, რომ ექიმს განუცხადებს აღნიშნულის შესახებ და დასაშვებია, ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ, თავი შეიკავოს თანხმობის დაუყოვნებლივ გაცემისგან. თუმცა, სხვაგვარად უნდა გადაწყდეს შემთხვევა, როდესაც სამედიცინო თვალსაზრისით დასაბუთებულია და არსებობს მკაფიო, კონკრეტული მითითებები ექიმისთვის, რომ პაციენტს ჯერ კიდევ სჭირდება დრო გადაწყვეტილების მიღებამდე.²⁵ ეს მოცემულობა განსაკუთრებით მაშინ არის გასათვალისწინებელი, როდესაც ჩარევის სამედიცინო აუცილებლობა პაციენტისთვის მოულოდნელია ან/და საკმაოდ სერიოზული ხასიათისაა, ან/და მას სხვა სამედიცინო ალტერნატივაც აქვს, ან ის დაკავშირებულია შეუქცევად გრძელვადიან შედეგებთან, როგორცაა ორგანოს სრული ან ნაწილობრივი ამპუტაცია.²⁶

2. ფედერალურმა უმაღლესმა სასამართლომ ასევე გაიზიარა სააპელაციო სასამართ-

ლოს მოსაზრება, რომ მოსარჩელის მიერ მიცემული თანხმობა მოიცავდა, ასევე, ართროსკოპიული პროცედურიდან ინტრაოპერაციულ გადასვლას სუპრასპინატუსი კუნთის მყესის მინიღია ტექნიკით რეფიქსაციაზე.

ისევე, როგორც წინა გადაწყვეტილებებში, ფედერალურმა უმაღლესმა სასამართლომ ხაზგასმით აღნიშნა, რომ პაციენტს ექიმმა სამედიცინო ჩარევამდე ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს ოპერატიული ჩარევის არეალის/ფარგლების გაფართოების ან ოპერაციის ერთი მეთოდიდან სხვა მეთოდზე გადასვლის სერიოზული შესაძლებლობისა და მასთან დაკავშირებული განსაკუთრებული რისკების შესახებ.²⁷ თუ ექიმმა ოპერაციამდე პაციენტს არ მიუთითა, რომ შეიძლება საჭირო/აუცილებელი გამხდარიყო ოპერატიული ჩარევის არეალის გაფართოება და ოპერაციის დროს გამოიკვეთა ასეთი გაფართოების საჭიროება, მან ოპერაცია შეძლებისდაგვარად სწრაფად და საუკეთესო შედეგით უნდა დაასრულოს; ანესთეზიის ეფექტის გაქრობის შემდეგ აცნობოს პაციენტს აღნიშნულის შესახებ და მიიღოს მისი თანხმობა შემდგომ ჩარევაზე.²⁸

ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს პერსპექტივიდან, მოსარჩელისთვის მიწოდებული ინფორმაცია აკმაყოფილებდა ამ მოთხოვნებს. პირველი ინსტანციის მიერ გამოკვლეული და დადგენილი ფაქტების მიხედვით, მხარეებს შორის არ იყო შეთანხმებული, რომ ოპერაცია უნდა ჩატარებულიყო *მხოლოდ* ართროსკოპიულად და, შესაბამისად, ოპერაციის პროცესში რაიმე განსაკუთრებული თავისებურების აღმოჩენის შემთხვევაში, დაზიანებული უბნის – მოცემულ შემთხვევაში გახლეჩილი სუპრასპინატუსი კუნთის მყესის – დამუშავების გარეშე

²⁴ BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166, juris Rn. 21; BGH, Urteil vom 20. Dezember 2022 - VI ZR 375/21 - BGHZ 236, 42, juris Rn. 16, 18.

²⁵ სრულად: BGH, Urteil vom 20. Dezember 2022 - VI ZR 375/21 - BGHZ 236, 42, juris Rn. 19.

²⁶ სრულად: *Hagenloch*, MedLawReview 2(3)23, www.lawjournal.ge, S. 1, 27 ff.

²⁷ BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166, juris Rn. 24; BGH, Urteil vom 21. Mai 2019 - VI ZR

119/18, NJW 2019, 3072, juris Rn. 15 und 21; სრულად: *Hagenloch*, MedLaw2(3)23, www.lawjournal.ge, S. 1, 22 ff.

²⁸ BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166 juris Rn. 24; BGH, Urteil vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91 - NJW 1993, 2372, juris Rn. 21.

უნდა დასრულებულიყო. ფედერალურმა უმაღლესმა სასამართლომ სააპელაციო სასამართლოს მიერ აღნიშნული მიმართულებით წაყენებული პრეტენზიები უსაფუძვლოდ მიიჩნია. ამ კონტექსტში, მან, სხვა საკითხებთან ერთად, აღნიშნა, რომ სხვაგვარი განმარტების პირობებში ოპერაცია უნდა შეჩერებულიყო, დაზიანებული სტრუქტურის დამუშავების გარეშე, მოსარჩელესთან ხელახალი გასაუბრების მიზნით. ინტრაოპერაციული (ოპერაციის მიმდინარეობისას) სამოქმედო შესაძლებლობების – რაც საინფორმაციო ფურცელშია ნაჩვენები – ასეთი დრამატული შეზღუდვა, საბოლოოდ გამოიწვევდა უარყოფით შედეგებს თავად პაციენტისთვის და დასაშვები იყო პაციენტის მხრიდან მხოლოდ მკაფიოდ დაფიქსირებული ნების შემთხვევაში. მოცემულ შემთხვევაში, მოსარჩელის ამგვარი აშკარა უარი სახეზე არ ყოფილა.²⁹

ფედერალური უმაღლესი სასამართლო ნათლად მიუთითებს, რომ, ობიექტური თვალსაზრისით, ოპერაციის შეწყვეტა არახელსაყრელი იქნებოდა მოსარჩელისთვის. პაციენტის თვითგამორკვევის უფლების განსაკუთრებული მნიშვნელობის გამო, ის არ მიიჩნევს აღნიშნულს იმის საფუძვლად, რომ შესუსტდეს დადგენილი სასამართლო პრაქტიკა ინფორმაციის მიწოდების ვალდებულების შესახებ იმ შემთხვევაში, როდესაც ქირურგიული ჩარევის გაფართოება წინასწარ სავარაუდოა. თუმცა, ის ხაზს უსვამს, რომ ჯეროვნად ინფორმირებულმა პაციენტმა მკაფიოდ უნდა გამოხატოს ნება, რომ ის უარს ამბობს პროცედურის ინტრაოპერაციულ გაფართოებაზე, რომელიც აუცილებელია სამედიცინო თვალსაზრისით – და ემსახურება მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას. ეს წესი ძალაშია განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტის მიერ ხელმოწერილი საინფორმაციო ფურცელში დაფიქსირებულია ეს საკითხები და ის არ შეიცავს რაიმე მითითებას, რომ პაციენტი არ დათანხმდა ოპერაციის გაფართოებას.

მოსარჩელის მოსაზრების საწინააღმდეგოდ, სასამართლომ მიიჩნია, რომ არ იყო საჭირო მისი ინფორმირება ინფექციის რისკების შესახებ, რომლებიც თან სდევდა მეთოდის შეცვლას, ანუ მინი-ღია ტექნიკაზე გადასვლას. ექსპერტის დასკვნით, სუპრასპინატუსი კუნთის მყესის ღია რეფიქსაცია, მინი-ღია ტექნიკის გამოყენებით, არ იწვევს ინფექციის უფრო მაღალ რისკს, ვიდრე ართროსკოპიული ქირურგიული მეთოდი.³⁰ შესაბამისად, მოსარჩელე საკმარისად იყო ინფორმირებული რისკების შესახებ და არ იყო საჭირო მისთვის ცალკე ახსნა-განმარტების მიცემა იმის თაობაზე, რომ, თუ ქირურგიული მეთოდის შეცვლა გახდებოდა საჭირო, არსებობდა ინფექციის იდენტური (მაგრამ არა – უფრო მაღალი) რისკი.

3. BGH, Urteil vom 5. Dezember 2023 - VI ZR 108/21 - NJW 2024, 445

სახელმძღვანელო პრინციპები:

1. სათანადოდ, დროულად შედგენილ ქაღალდის დოკუმენტი, რომელსაც არ ეტყობა ცვლილებების ან გაყალბების კვალი და არ არის წინააღმდეგობრივი, ინდიცირებულად მეტყველებს (Indizwirkung³¹) მასში აღწერილი მედმომსახურების რეალურად ჩატარების სასარგებლოდ, რაც მხედველობაში უნდა მიიღოს მოსამართლემ მტკიცებულებების შინაგანი რწმენით შეფასებისას, გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 286 I პარაგრაფის მიხედვით.

2. მტკიცებულებების შეფასებისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული მოწინააღმდეგე მხარის მიერ გამოთქმული ყველა მოსაზრება. მოწინააღმდეგე მხარემ არ უნდა ამტკიცოს დოკუმენტის უსწორობა. მას არ ეკისრება საპირისპიროს მტკიცების ტვირთი. პირიქით, საკმარის

²⁹ BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166, juris Rn. 29.

³⁰ BGH, Urteil vom 21. November 2023 - VI ZR 380/22 - MDR 2024, 166, juris Rn. 31.

³¹ Indizwirkung – „ინდიცირება“, „ინდიცირებულად მითითება“, გულისხმობს შემთხვევას, როდესაც გარკვეული

ფაქტობრივი გარემოება მიუთითებს სხვა გარემოების არსებობაზე. ის ზრდის სამტკიცებელი გარემოების არსებობის ალბათობას, თუმცა, პრეზუმფციისაგან განსხვავებით, არ ატრიალებს მტკიცების ტვირთს.

სია, თუ ის მიუთითებს გარემოებებზე, რომლებიც განაპირობებენ ეჭვს ჩანაწერის სისწორესთან დაკავშირებით. ანუ, მტკიცებულებების გამოკვლევის შედეგი, არყვევან იმ შინაგან რწმენას, რომელიც საჭიროა მოსამართლის მიერ, გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 286 I პარაგრაფის მიხედვით, გადაწყვეტილების მისაღებად. ეს განსაკუთრებით ეხება ისეთ შემთხვევებს, როდესაც მოწინააღმდეგე მხარე მიუთითებს გარემოებებზე, რომლებიც ეჭვქვეშ აყენებენ დოკუმენტაციის აბსტრაქტულ მტკიცებულებით ღირებულებას.

3. დოკუმენტაციას არ აქვს საჭირო მტკიცებულებითი ძალა, თუ მის შემდგენს პაციენტის საქმეში დაფიქსირებული აქვს გარემოებები, რომლებიც მოპასუხის (მედმომსახურების გაწევაში ჩართული სხვა პირის – მტკიცების ნაწილში მოწინააღმდეგე პირის) საწინააღმდეგოდ მეტყველებს და არ არის გამორიცხული, რომ ეს გამოწვეული იყოს დოკუმენტის შემდგენის პირადი დაინტერესებით, თავიდან აეცილებინა ან შეემცირებინა საკუთარი პასუხისმგებლობა [მოპასუხეზე გადაეკისრებინა ეს პასუხისმგებლობა].

ფაქტობრივი გარემოებები:

სარჩელი აღძრეს ბავშვის ჯანმრთელობის მზღვეველებმა. მეხუთე მოპასუხე იყო ე. წ. „პირადი ბებიქალი“ (ავტორის შენიშვნა: *Beleghebamme* – ერთგვარი „კერძო“ ბებიქალი, რომელიც გამოიძახეს კლინიკაში სტაციონარულ მშობიარობაზე ბავშვის დედასთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე). პირველი, მეორე და მესამე მოპასუხეები იყვნენ კლინიკის მფლობელი და პირადად, საკუთარი ქონებით პასუხისმგებელი პარტნიორები; მეოთხე მოპასუხე – კლინიკაში მომუშავე ექიმის ასისტენტი (ავტორის შენიშვნა: პირველი მოპასუხე ფაქტობრივად ხელმძღვანელობდა კლინიკაში

ე. წ. „Belegabteilung“-ს³². ვინაიდან ასეთი სახელშეკრულებით ურთიერთობები საქართველოში უცნობია, ფაქტები გამარტივებულია. თუმცა ეს არ ახდენს გავლენას პასუხისმგებლობის საკითხებზე).

სამშობიარო ტკვილების დაწყების შემდეგ ბავშვის დედა წავიდა პირველი მოპასუხის კლინიკაში და მას თავიდან ემსახურებოდა პირადი ბებიქალი. დედას რამდენჯერმე ჩაუტარდა კარდიოტომოგრაფია (CTG). სამედიცინო დასკვნა იყო პათოლოგიური 15:00 საათიდან, აშკარად პათოლოგიური – 15:30 საათიდან და უაღრესად პათოლოგიური – 15:55 საათიდან. პირად ბებიქალს აღნიშნულზე თავდაპირველად რეაგირება არ ჰქონია. მის მიერ შენახულ დოკუმენტაციაში აღნიშნულია, რომ 19:10 საათისთვის მან მეოთხე მოპასუხეს აჩვენა CTG-ის შედეგები. ამ ინფორმაციის სისწორე სადავოა. 19:36 საათზე პირადმა ბებიქალმა დაურეკა მეოთხე მოპასუხეს და სთხოვა მისულიყო სამშობიარო ბლოკში. მეოთხე მოპასუხე მივიდა სამშობიარო ბლოკში, ყველაზე გვიან, 19:45-ზე და ნახა, რომ CTG აჩვენებდა ბრადიკარდიას. მან პაციენტს ჩაუტარა მედიკამენტოზური სასწრაფო სამედიცინო ტოკოლიზი და აცნობა აღნიშნულის შესახებ მეორე მოპასუხეს, პირველი მოპასუხის, ორი პირადად პასუხისმგებელი პარტნიორიდან, ერთ-ერთს. მან ჯერ სასწრაფო, შემდეგ კი (გულის რითმის მასიური დაცემის შემდეგ) გადაუდებელი საკეისრო კვეთის ჩატარება გადაწყვიტა. ბავშვი დაიბადა 20:20 საათზე. საკეისრო კვეთის ოპერაციის შესახებ დასკვნა არ არსებობს. თუმცა, ხელმისაწვდომია მეორე და მეოთხე მოპასუხის მეორე დღის ანგარიშები. მეორე მოპასუხის დასკვნიდან ამონარიდი: „... 18 საათზე მე ვეკითხები ბებიქალს (ავტორის შენიშვნა: მეხუთე მოპასუხე) დასკვნებისა და CTG-ს შესახებ. შემატყობინეს, რომ ყელი 7 სმ-ით არის გაფართოებული, CTG-ში შეინიშნებოდა DIP (ავტორის შენიშვნა: ადრეული დეცელერაცია), თუმცა ამჟამად ყველაფერი წესრიგშია.

³² კერძო ექიმისათვის, კლინიკასთან გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე, მისთვის ამ კლინიკის სერვისებით სარგებლობისათვის მინიჭებული სივრცე საკუთარი პაციენტების სამკურნალოდ.

19:55-ზე დამირეკა ბატონმა ს.-მ (მეოთხე მოპასუხებ) და მთხოვა სასწრაფოდ სამშობიარო ბლოკში მივსულიყავი (...) განმეორებითი დეცელერაციისა და გამოკვლევის შედეგების საფუძველზე მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება საკეისრო კვეთის შესახებ. საკეისრო კვეთისთვის მზადების დროს გულისცემის კიდევ ერთი მასიური ვარდნა დაფიქსირდა. 20:15-ზე ბავშვის გულისცემა არ შეინიშნებოდა, ამიტომ სასწრაფოდ გადაწყდა მისი გადაყვანა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში. 20:20 საათზე დაბადებულ ახალშობილს ჰიპოტონია ჰქონდა განვითარებული და ის დამსწრე ანესთეზიოლოგის მზრუნველობის სფეროში გადავიდა (...).

ბავშვი დაბადებისას სიცოცხლის ნიშნებს არ ავლენდა, არ სუნთქავდა და არც კუნთობრივი ტონუსი აღენიშნებოდა. მშობიარობაზე დამსწრე ანესთეზიოლოგმა მოახდინა მისი რეანიმირება და 20:35 საათზე ბავშვი გადაიყვანეს პედიატრიულ გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში. მას ჰქონდა ტვინის შეუქცევადი დაზიანება, რის გამოც, მოსარჩელებს უწევთ მისთვის მომსახურების გაწევა ჯანმრთელობის დაზღვევის ურთიერობის ფარგლებში.

მეხუთე მოპასუხეს კანონიერ ძალაში შესული გადაწყვეტილებით პირველ ინსტანციაშივე დაეკისრა ზიანის ანაზღაურება. სააპელაციო და საკასაციო პროცესის განხილვის ერთადერთი საკითხი იყო, უნდა დაკისრებოდათ თუ არა, ასევე, პირველ და მეოთხე მოპასუხეებს ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება. ფაქტობრივი თვალსაზრისით, სხვა გარემოებებთან ერთად, გადამწყვეტი მნიშვნელობის მქონე იყო მეხუთე მოპასუხის მიერ შექმნილი დოკუმენტაციის სისწორე, კერძოდ, იყო თუ არა მეოთხე მოპასუხე ინფორმირებული CTG-ის დასკვნების შესახებ 19:10 საათზე.

სამართლებრივი პრობლემატიკა:

გადაწყვეტილებაში განვითარებულია უაღრესად მნიშვნელოვანი მსჯელობა სამედიცინო შეცდომის შემთხვევაში პოზიციის წარდგენისა

და მტკიცების ტვირთის შესახებ, კერძოდ, სამედიცინო დოკუმენტაციის მტკიცებულებით ძალასთან დაკავშირებით.³³ აქედან გამომდინარე, გადაწყვეტილების ყველაზე მნიშვნელოვანი პასაჟები ორიგინალიდან არის გადმოტანილი, თუმცა გარკვეულწილად შეკვეცილი სახით და ციტატებიც ოდნავ შეცვლილია:

„ველი 12

1. სააპელაციო სასამართლომ... მართებულად მიიჩნია, რომ ბავშვი ჩართული იყო დედასა და პირველ მოპასუხეს შორის სამეანო მომსახურების ხელშეკრულების დაცვით სფეროში და პირველი მოპასუხის მიერ საკუთარი ვალდებულებების შესასრულებლად გამოყენებული პერსონალის (Erfüllungsgehilfen – შესრულებაში დამხმარე პირები) მიერ ვალდებულების დარღვევის გამო – რამაც გამოიწვია ბავშვის ჯანმრთელობის დაზიანება დაბადებამდე ან დაბადების პროცესში – მოსარჩელეს შეუძლია მოითხოვოს ზიანის ანაზღაურება პირველი მოპასუხისგან (... იხ. BGH, Urteil vom 7. Dezember 2004 - VI ZR 212/03, BGHZ 161, 255, juris Rn. 22 და იქ მითითებული ლიტერატურა). ...

ველი 13

2. თუმცა, ფედერალური უმაღლესი სასამართლო არ იზიარებს სააპელაციო სასამართლოს მსჯელობას, რომ მეოთხე მოპასუხემ, რომელიც დანიშნულია პირველი მოპასუხის მიერ სამეანო მედმომსახურების გასაწევად, დაუშვა სამედიცინო შეცდომა, გამომდინარე იქიდან, რომ უკვე 19:10-ზე იცოდა მძიმე პათოლოგიური CTG-ის შესახებ და ამასთან დაკავშირებით არაფერი მოიმოქმედა. სააპელაციო სასამართლოს მსჯელობა, რომ მეოთხე მოპასუხეს ეკისრებოდა მტკიცების ტვირთი იმასთან დაკავშირებით, რომ CTG მისთვის უკვე 19:10-ზე არ იყო ცნობილი, სამართლებრივად ხარვეზიანია.

ველი 14

ა) როგორც ეს სააპელაციო სასამართლომ სწორად ივარაუდა საწყის ეტაპზე, მტკიცების

³³ შდრ. აგრეთვე Hagenloch, www.lawjournal.ge, Heft 2-23, S. 1 ff.

ტვირთი ექიმის მიერ სავარაუდო სამედიცინო შეცდომის დაშვებასთან დაკავშირებით არსებითად მოსარჩელეზეა (იხ. BGH, Urteil vom 27. April 2021 - VI ZR 84/19, BGHZ 229, 331, juris Rn. 13; BGH, Urteil vom 21. Dezember 2010 - VI ZR 284/09, BGHZ 188, 29, juris Rn. 19; BGH, Urteil vom 22. Oktober 2019 - VI ZR 71/17, NJW 2020, 1071, juris Rn. 8). სააპელაციო სასამართლომ სავარაუდო სამედიცინო შეცდომის დამადასტურებელი ფაქტები მოცემული საქმიდან ვერ ამოიკითხა. მისივე განმარტებით, არ დგინდებოდა, რომ მეოთხე მოპასუხე 19:10-ზე პირადი ბებიაქალის მოთხოვნით გაეცნო CTG-ის. შესაბამისად, სახეზე იყო ბუნდოვანება, მტკიცებულებებით გამყარებული მოვლენების ფაქტობრივ განვითარებასთან დაკავშირებით („unklare Beweislage“).

ველი 15

ა) სააპელაციო სასამართლომ დაუშვა სამართლებრივი შეცდომა, როდესაც მტკიცების ტვირთი შეაბრუნა მოსარჩელეთა სასარგებლოდ. პირადი ბებიაქალის მიერ, დაბადების პროცესის დოკუმენტირებისას, 19:10 გაკეთებულ აღნიშვნაზე დაყრდნობით ივარაუდა, რომ ბებიაქალმა ამ მომენტში რეალურად აჩვენა CTG მეოთხე მოპასუხეს [და საწინააღმდეგო მისი სამტკიცებელი იყო]. სააპელაციო სასამართლოს მოსაზრების საწინააღმდეგოდ, დოკუმენტაციის შინაარსი არ შეიძლება ჩაითვალოს სწორად, მამტკიცებლის სასარგებლოდ და მისი სისწორის გაქარწყლების ტვირთი არ უნდა გადაეკისროს მეორე მხარეს. მედმომსახურების გაწევის პროცესის დოკუმენტაციას არ აქვს ასეთი შორსმიმავალი ეფექტი.

ველი 16

აა) მკურნალობის პროცესის აღმწერი ქალაქის დოკუმენტაცია წარმოადგენს „საჯარო დოკუმენტს“ („öffentliche Urkunde“) გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 415-ე და შემდგომი პარაგრაფების გაგებით (...) (ავტორის შენიშვნა: ამ რეგულაციებთან დაკავშირებით შდრ. გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი: Hagenloch, <http://lawlibrary.info/ge/books/>

Civil-Procedure-Com.pdf, მუხ. 105, 516-ე და შემდგომი გვერდები). ამის საპირისპიროდ, როგორც წესი, პირადი ბებიაქალის შედგენილი დაბადების ჩანაწერი ითვლება კერძო დოკუმენტად გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 416-ე პარაგრაფის გაგებით. გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 416-ე პარაგრაფის თანახმად, დოკუმენტის შემდგენელი პირის მიერ ხელმოწერილი კერძო დოკუმენტი იძლევა სრულ მტკიცებულებას მხოლოდ იმასთან დაკავშირებით, რომ დოკუმენტში მოცემული ინფორმაცია დააფიქსირა იმ პირმა, ვინც მას ხელს აწერს. ამის საპირისპიროდ, კერძო დოკუმენტის მტკიცებითი წონა [და პრეზუმფცია] არ ვრცელდება შემდგენელი პირის მიერ გაკეთებული ჩანაწერის შინაარსის სისწორეზე. არის თუ არა კერძო დოკუმენტში მოცემული ინფორმაცია სწორი, კერძოდ, ნამდვილად მოხდა თუ არა მასში მითითებული მოვლენები, დამოკიდებულია ცალკეული საქმის გარემოებებზე და ექვემდებარება მოსამართლის მიერ მტკიცებულებების თავისუფალ შეფასებას, გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 286 I პარაგრაფის შესაბამისად. (შდრ. BGH, Urteil vom 27. September 2018 - VII ZR 45/17, NJW 2019, 421, juris Rn. 36; BGH, Urteil vom 22. Mai 2014 - I ZR 109/13, VersR 2015, 341, juris Rn. 21; ...). კერძო დოკუმენტის შემთხვევაში, რომელიც ფაქტობრივ მოვლენებზე მიუთითებს, სასამართლომ საკუთარი აზრის ჩამოყალიბებისას, ასევე უნდა გაითვალისწინოს მოწინააღმდეგე მხარის მიერ კონტრამტკიცებულების სახით წამოყენებული ყველა ასპექტი; მოწინააღმდეგე მხარეს არ ევალება იმის მტკიცება, რომ დოკუმენტში დაფიქსირებული ინფორმაცია არასწორია [რადგან ამ ინფორმაციის სისწორე მის საწინააღმდეგოდ არ ივარაუდება]. საკმარისია, თუ ის აჩვენებს, რომ შინაარსის სიზუსტე რჩება საეჭვოდ და რომ მტკიცებულებების გამოკვლევის შედეგი [მოცემული მოვლენის არსებობასთან დაკავშირებით] მოსამართლის შინაგანი რწმენის ჩამოსაყალიბებლად საკმარისი არ არის, გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 286-ე პარაგრაფის მნიშვნელობით (შდრ. BGH, Urteil vom 22. Mai 2014 - I ZR 109/13, VersR 2015, 341, juris Rn. 21; ...).

...

ველი 17

ბბ) შესაბამისად, სენატისა და უმაღლესი სახარეო სასამართლოების უდიდესი ნაწილის მიერ დადგენილი სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, სათანადოდ და დროულად შექმნილი ქალაქის დოკუმენტაცია, საიდანაც არ იკითხება რაიმე ცვლილებების, გაყალბების ან შეუსაბამობების ნიშანი, განაპირობებს მედომსახურების გამწვევი მხარის სასარგებლო ვარაუდს, რომელიც მოსამართლის მიერ მტკიცებულებათა თავისუფალი შეფასების ფარგლებში მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 286 I პარაგრაფის შესაბამისად (ავტორის შენიშვნა: დაახლოებით შედარებადია საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 105 II მუხლთან) (შდრ. ... BGH, Urteil vom 16. April 2013 – VI ZR 44/12, VersR 2013, 1045, juris Rn. 11; BGH, Urteil vom 22. Oktober 2019 VI ZR 71/17, VersR 2020, 233, juris Rn. 14; BGH, Urteil vom 27. April 2021 – VI ZR 84/19, BGHZ 229, 331, juris Rn. 28; ...). დოკუმენტაციას, რომელიც სანდოა ამ თვალსაზრისით, შეუძლია დაარწმუნოს მოსამართლე, რომ დოკუმენტირებული ღონისძიებები რეალურად იქნა გატარებული. ზოგადად, მოსამართლეს შეუძლია ენდოს აღნიშნულს, მტკიცებულებათა თავისუფალი შეფასების ფარგლებში, გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 286 I პარაგრაფის მიხედვით.

ველი 18

თუმცა, აქაც, მტკიცებულებების შეფასებისას, მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული მოწინააღმდეგე მხარის მიერ წამოყენებული ყველა არგუმენტი და სადავოდ ქცეული გარემოება. მოწინააღმდეგე მხარე არ არის ვალდებული ამტკიცოს დოკუმენტაციის მცდარობა. [დოკუმენტის სისწორე მის საწინააღმდეგოდ არ ივარაუდება და] საპირისპიროს დამტკიცება მისი პასუხისმგებლობა არ არის. პირიქით, საკმარისია, თუ ის წარმოაჩენს გარემოებებს, რომელიც წარმოშობენ ეჭვს, შეესაბამება თუ არა დოკუმენტირებული სიმართლეს, ანუ, მტკიცებულების შედეგი ვერ ამყარებს მოსამართლის შინაგან რწმენას, გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო

კოდექსის 286-ე პარაგრაფის გაგებით. აღნიშნული ძალაშია, განსაკუთრებით, მაშინ, როდესაც მოწინააღმდეგე მხარე მიუთითებს გარემოებებზე, რომლებიც ეჭვქვეშ აყენებენ დოკუმენტაციის არაპირდაპირ მტკიცებით ღირებულებას – აბსტრაქტულ მტკიცებულებით ძალას (შდრ. BGH, Urteil vom 27. April 2021 - VI ZR 84/19, BGHZ 229, 331, juris Rn. 28 f.; BGH, Urteil vom 13. Juli 2016 - IV ZR 292/14, juris Rn. 46; ...). ვარაუდებზე დაყრდნობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში შესაძლებელია, როდესაც ირიბი ფაქტებიდან სხვაგვარი დასკვნების გაკეთება შეუძლებელია. ...

ველი 19

4. დოკუმენტაცია ვერ წარმოშობს და განაპირობებს შესაბამის ვარაუდს, თუ მის შემდგენელს, პაციენტის საქმეში, დაფიქსირებული აქვს გარემოებები, რომლებიც მოცემულ საქმეში სხვა პირის, თანამკურნალის (მტკიცების ნაწილში მოწინააღმდეგე პირის) ტვირთზე ახდენს გავლენას და არ არის გამორიცხული, რომ ეს გამოწვეულია პირადი ინტერესებით, თავიდან აიცილოს ან შეამციროს პასუხისმგებლობა [ამ თანაგამწვევს დააკისროს პასუხისმგებლობა]. ამ შემთხვევაში, ფაქტი, რომელსაც შეიძლება დამყარებოდა ვარაუდი – შესაბამისი ღონისძიების დოკუმენტაცია – ამბივალენტურია. ამ დროს დასაშვებია ისიც, რომ სწორი იყოს პაციენტის მიერ წარმოდგენილი პოზიცია და დოკუმენტაციის შემსრულებელმა ნამდვილად გაატარა მის მიერ დაფიქსირებული სამედიცინო მანიპულაცია, ისევე როგორც, – ვერ იქნება გამორიცხული თანამკურნალი პირის ახსნა-განმარტების სისწორე, რომ დოკუმენტაციის შემდგენელმა სინამდვილეში არარსებული გარემოებები დაადოკუმენტირა, რათა მომხდარზე საკუთარი პასუხისმგებლობა აერიდებინა თავიდან.

ველი 20

გგ) განსხვავებული შეფასება არ გამომდინარეობს არც გსკ-ის 630h III პარაგრაფიდან. გარდა იმისა, რომ ეს დანაწესი მხოლოდ 2013 წლის 26 თებერვალს შევიდა ძალაში და, შესაბამისად, ვერ იქნება გამოყენებული მოცემულ სადავო შემთხვევაზე, ის არ აყენებს ვარაუდს, რომ

დოკუმენტირებული ღონისძიება რეალურად განხორციელდა. აღნიშნული დანაწესი წარმოადგენს სასამართლოს მიერ დადგენილ, მანამდე არსებული პრაქტიკის კოდიფიცირებას, დოკუმენტაციის გაუმართაობის შემთხვევაში მტკიცების ტვირთის შებრუნების შესახებ. მასში დაფიქსირებული მტკიცების ტვირთის განაწილების წესი მოქმედებს მხოლოდ მაშინ, როდესაც მედმომსახურების გამწვევა პირმა, გსკ-ის 630f პარაგრაფის მოთხოვნების დარღვევით, პაციენტის საქმეში სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი ღონისძიება და მისი შედეგი ან არ ჩაწერა, ან პაციენტის საქმე სათანადოდ არ შეინახა (შდრ. BGH, Urteil vom 27. April 2021 - VI ZR 84/19, BGHZ 229, 331, juris Rn. 27). ნორმა არ აყენებს რაიმე ტიპის პრეზუმფციას სამტკიცებელი ფაქტის არსებობასთან დაკავშირებით.“.

III. უმაღლესი სამხარეო სასამართლოების გადაწყვეტილებები

1. OLG Hamm, Urteil vom 21. Juli 2023 - I-26 U 4/23 - NJW-RR 2023, 1585

სახელმძღვანელო პრინციპი:

კლინიკას პაციენტების პირად ნივთებზე ზრუნვის განსაკუთრებული მოვალეობა ეკისრება.

გადაუდებელი შემთხვევების დროს კლინიკამ უნდა მიიღოს აუცილებელი და გონივრული ზომები პაციენტის პირადი ნივთების დასაცავად.

სამართლებრივი პრობლემატიკა:

გადაწყვეტილება ეხება საკითხს, თუ რა მოვალეობები ეკისრება კლინიკას იმ პაციენტის პირად ნივთებთან დაკავშირებით, რომელსაც არ შეუძლია მათზე თავად იზრუნოს ნივთებზე.

კონკრეტული შემთხვევაში, სხვა საკითხებთან ერთად, დავის საფუძველი იყო ის ფაქტი, რომ დაიკარგა პაციენტის სმენის აპარატი და სათვალე, მას შემდეგ, რაც ის სასწრაფო მანქანით გადაიყვანეს კლინიკის გადაუდებელ განყოფილებაში და გამოიკვლიეს, ასევე, ელექტროკარდიოგრაფიის გამოყენებით.

უმაღლესი სამხარეო სასამართლოს მიხედვით, კლინიკის დაცვითი ვალდებულებების ფარგლები გამომდინარეობს ვალდებულებით-სამართლებრივი ურთიერთობის მიზნიდან, სამოქალაქო ბრუნვის წეს-ჩვეულებებიდან და ამ ბრუნვაში კეთილსინდისიერი ქცევის მოთხოვნებიდან.³⁴ დადგენილი სასამართლო პრაქტიკის შესაბამისად, ზრუნვის ვალდებულება გულისხმობს, რომ მიღწეული იყოს უსაფრთხოების ის დონე, რომელიც აუცილებელია შესაბამის სფეროში გაბატონებული საზოგადოებრივი შეხედულებების თანახმად. ამიტომაც, საკმარისია იმ უსაფრთხოების ზომების მიღება, რომლებიც კლინიკის გონიერმა, წინდახედულმა, ყურადღებიანმა და კეთილსინდისიერმა ხელმძღვანელმა შეიძლება მიიჩნიოს საკმარისად, პაციენტის ზიანისგან დასაცავად და რომელიც მიზანშეწონილია არსებული გარემოებების გათვალისწინებით.³⁵

ზრუნვის ამ მოვალეობამ შეიძლება უკან დაიხიოს მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში, როდესაც პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების მყისიერად აღმოჩენა იმდენად გადაუდებელი და მნიშვნელოვანია, რომ სიჩქარეში ყურადღება ვეღარ დაეთმობა მის ნივთებს.³⁶ გარდა ამისა, დადგენილი სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, [მედმომსახურების გამწვევის] პასუხისმგებლობის შეზღუდვა განზრახვითა და უხეში გაუფრთხილებლობით, რაც ხშირია კლინიკის მომსახურების ხელშეკრულებებში, მოქმედებს მხოლოდ იმ ნივთებზე, რომლებზეც თავად პაციენტს უნდა ეზრუნა; ამიტომაც, ეს დათქმა არ მოიცავს სიტუაციებს, როდესაც პაციე-

³⁴ OLG Hamm, Urteil vom 21. Juli 2023 - I-26 U 4/23 - NJW-RR 2023, 1585, juris Rn. 44.

³⁵ შდრ. ზოგადად: BGH, Urteil vom 19. Januar 2021 - VI ZR 188/17 - NJW 2021, 1818, juris Rn. 24; BGH, Urteil vom 9. September 2008 - VI ZR 279/06 - NJW 2008, 3778, juris Rn. 10.

³⁶ LG Hannover, Urteil vom 15. Februar 1999 - 20 O 2/98 - MedR 2000, 88, საორიენტაციო წინადადება 2 bei juris.

ნტს არ შეუძლია ამ ნივთებისათვის ყურადღების მიქცევა, მისი ფიზიკური მდგომარეობის ან მკურნალობის, ან გამოკვლევის გამო.³⁷ თუმცა, თუ პაციენტი გასინჯვისას, შესაბამისი სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარებით გამოწვეული აუცილებლობის გარეშე, იხსნის ნივთებს, მაგალითად, კიდეებს ტანსაცმელს გარდერობში, ძალაშია ზრუნვის ვალდებულების ზოგადი მოთხოვნები.³⁵ კლინიკის მეპატრონეს არ ეკისრება ზრუნვის გაზრდილი ვალდებულებები. მაგალითად, მიჩნეულია, რომ ექიმი არ არის ვალდებული ყურადღება მიაქციოს მოსაცდელ ოთახში პაციენტის მიერ (პერსონალის მოთხოვნის გარეშე) დატოვებულ ბეწვის ქურქს, მაშინ, როდესაც პაციენტს ჰქონდა შესაძლებლობა თან წაეღო ეს ქურქი გამოკვლევების ოთახში.³⁸ თუმცა, კლინიკის ხელმძღვანელობას (განსაკუთრებით, თუ ქურდობა ერთხელ უკვე მოხდა) შეიძლება დაეკისროს შესაბამისი მითითების ვალდებულებები, როგორცაა, მაგალითად, რჩევა, არ დატოვონ ძვირფასეულობა სტაციონარში კომოდზე, არამედ გადასცენ ისინი შესანახად კლინიკის ადმინისტრაციას და მოითხოვონ შესაბამისი ქვითარი.³⁹

ამ სტანდარტებზე დაყრდნობით, ჰამის უმაღლესმა სამხარეო სასამართლომ მოცემულ საქმეში დაადასტურა [პაციენტის ნივთებზე] ზრუნვის მოვალეობის დარღვევა. პაციენტი კლინიკაში შეყვანისას ცალსახად და შეცნობადად საჭიროებდა გადაუდებელ დახმარებას. გამოკვლევების დროს მას ასევე არ ჰქონდა შესაძლებლობა, თავად ეზრუნა საკუთარ ნივთებზე, რომლებიც მოგვიანებით დაიკარგა.⁴⁰

ის, თუ ზუსტად რა მოქმედებები უნდა განახორციელოს კლინიკამ თავისი ამ ზრუნვის ვალდებულების ფარგლებში, საბოლოო ჯამში, დამოკიდებულია ცალკეული შემთხვევის გარემოებებზე. თუმცა მან, სულ მცირე, უნდა უზრუნველყოს სამსახურებრივი ინსტრუქციების არსებობა იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა მოიქცეს

პაციენტზე მზრუნველი პერსონალი. გარდა ამისა, მან უნდა მოაწყოს ინფრასტრუქტურა, რათა უზრუნველყოს, რომ პირადი ნივთები, რომლებიც არ არის პაციენტის კონტროლის ქვეშ, იყოს უსაფრთხოდ და მოწესრიგებულად (მაგ., ჩანთების ან პარკის, პაციენტის სახელის ან ნომრის მითითებით, სორტირება და შენახვა). თუ აღნიშნული არ არის უზრუნველყოფილი კლინიკაში, სახეზეა ორგანიზაციული დაუდევრობა, რომელიც (იმის გათვალისწინებით, რომ რისკი განეიტრალებადი იყო შესაბამისი წინდახედულობის ზომების მიღების გზით [და რაც არ იქნა გატარებული]), ნივთის დაკარგვის შემთხვევაში, ამართლებს კაუზალობის პრეზუმფციას prima facie-მტკიცებულების პრინციპების მიხედვით.

2. OLG Dresden, Urteil vom 1. August 2023 - 4 U 108/23 - juris

სახელმძღვანელო პრინციპები:

1. სამედიცინო ღონისძიების ჩატარების დოკუმენტაციის არარსებობა აფუძნებს ვარაუდს, რომ ის არ ჩატარებულა, მაგრამ არ იწვევს კაუზალობის ტვირთის შებრუნებას.

2. რისკის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების ვალდებულებისთვის გადამწყვეტია, ახასიათებს თუ არა ეს რისკი, სპეციფიკურად, მოცემული ტიპის სამედიცინო ჩარევას და მისი რეალიზება დაამძიმებს თუ არა პაციენტის ცხოვრების წესს; ბავშვის თავის ქალას მოტეხილობის რისკი ვაკუუმით მშობიარობის დროს აღნიშნულს არ მიეკუთვნება.

სამართლებრივი საკითხები:

პირველ სახელმძღვანელო წინადადებაში, დოკუმენტაციის წარმოების ვალდებულების

³⁷ LG Hannover, Urteil vom 15. Februar 1999 - 20 O 2/98 - MedR 2000, 88, საორიენტაციო წინადადება 3 juris 35 LG Bonn, Urteil vom 11. Januar 2013 - 10 O 90/12 - GesR 2013, 232, juris Rn. 15 f.

³⁸ OLG Köln, Urteil vom 1. Oktober 1997 - 5 U 63/97 - MedR 1999, 143, juris Rn. 8 ff.

³⁹ Hanseatisches Oberlandesgericht Hamburg, Urteil vom 29. September 1989 - 1 U 29/89 - MedR 1991, 38, საორიენტაციო წინადადება 2 bei juris.

⁴⁰ OLG Hamm, Urteil vom 21. Juli 2023 - I-26 U 4/23 - NJW-RR 2023, 1585, juris Rn. 45 ff.

დარღვევის, ზემოთ ნახსენები შედეგების გარდა,⁴¹ დავის ცენტრალურ საკითხს წარმოადგენდა, მოხდა თუ არა ინფორმაციის მიწოდება ვაკუუმით მშობიარობისას (ვაკუუმური ექსტრაქცია) ბავშვის თავის ქალას მოტეხილობის რისკის შესახებ.

ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს მიერ დადგენილ პრაქტიკასთან დაკავშირებით უმაღლესი სამხარეო სასამართლო ხაზს უსვამს უპირველესად იმას, რომ პაციენტი, ზოგადად და არსებითად, ინფორმირებული უნდა იყოს მკურნალობის რისკების შესახებ. ამასთან, ზოგადი წესის მიხედვით, ოპერაციასთან დაკავშირებული სერიოზული რისკები ახსნილი და განმარტებული უნდა იყოს მაშინაც კი, როდესაც ისინი იშვიათად რეალიზდება. ამიტომაც, სამედიცინო რჩევის მიწოდების ვალდებულება დამოკიდებული არ არის რისკის რეალიზების სიხშირეზე და, მით უფრო, განსაზღვრული სტატისტიკური მონაცემების არსებობაზე. ამის საპირისპიროდ, გადამწყვეტია, არის თუ არა განსახილველი რისკი სამედიცინო ჩარევით სპეციფიკური და, მისი რეალიზების შემთხვევაში, განსაკუთრებით გააუარესებს თუ არა ის პაციენტის ცხოვრების ხარისხს.⁴²

უმაღლესმა სამხარეო სასამართლომ უარყო აღნიშნული, რადგან თავის ქალას მოტეხილობა ვაკუუმით მშობიარობისას არ წარმოადგენს მშობიარობის სპეციფიკურ რისკს და, უმეტეს შემთხვევაში, მოტეხილობა ყოველგვარი ქირურგიული ჩარევის გარეშე უპრობლემოდ ხორცდება. კვლევამ აჩვენა, რომ თავის ქალას ძვლის დაზიანებების სიხშირე 100000 დაბადებულზე 3,7-ია. მათგან ¼-ზე ოდნავ მეტი არის ე. წ. სპონტანური მოტეხილობები, რომლებიც დიაგნოზირებულია არჩევითი საკეისრო კვეთის ან

სპონტანური ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ. დანარჩენი მოტეხილობითი დაზიანებები წარმოშობილია მაშებით მშობიარობის დროს, რომელიც დასრულდა ვაკუუმ ექსტრაქტორის დახმარებით. მოსარჩელისაგან განსხვავებით, გამოკვლეული ბავშვებიდან არცერთის დაბადება არ მომხდარა ვაკუუმ ექსტრაქტორით.⁴³

3. Saarländisches Oberlandesgericht Saarbrücken, Urteil vom 25. August 2023 - 1 U 100/22 - juris

სახელმძღვანელო პრინციპი:

1. როდესაც კლინიკასთან გაფორმებულია სრული ჰოსპიტალიზაციის ხელშეკრულება (totaler Krankenhausaufnahmevertrag), კლინიკის მეპატრონეს უფლება აქვს მის სამკურნალოდ გამოიყენოს მთელი თავისი პერსონალი.

2. თუ პაციენტს, რომელსაც ექიმთან დადებული არ აქვს დამატებითი ხელშეკრულება, მაინც სურს, რომ მხოლოდ კონკრეტული ქირურგი მოემსახუროს, მან ეს მკაფიოდ უნდა გამოხატოს და საჭიროების შემთხვევაში დაამტკიცოს კიდევ.

3. ...

ავტორის შენიშვნა:

პირველ და მეორე სახელმძღვანელო პრინციპებში დაფიქსირებული სამართლებრივი მსჯელობა შესაბამისობაშია ფედერალური უმაღლესი სასამართლოს მოსაზრებებთან.⁴⁴

როდესაც კლინიკასთან გაფორმებულია ე. წ. სრული ჰოსპიტალიზაციის ხელშეკრულება,⁴⁵

⁴¹ უფრო დეტალურად: BGH, Urteil vom 5. Dezember 2023 - VI ZR 108/21 - NJW 2024, 445, განსაკუთრებით juris Rn. 20, განხილული ქვემოთ II. 3.

⁴² OLG Dresden, Urteil vom 1. August 2023 - 4 U 108/23 - juris Rn. 28; BGH, Urteil vom 30. September 2014 - VI ZR 443/13 - NJW 2015, 74, juris Rn. 6.

⁴³ OLG Dresden, Urteil vom 1. August 2023 - 4 U 108/23 - juris Rn. 29.

⁴⁴ BGH, Urteil vom 11. Mai 2010 - VI ZR 252/08 - NJW 2010, 2580, juris Rn. 6 und 9.

⁴⁵ სრული ჰოსპიტალიზაციის ხელშეკრულება წარმოადგენს გერმანიაში კანონით დაზღვეულ პირთა სტაციონარული მკურნალობის დამახასიათებელ ფორმას. აღნიშნული ხელშეკრულებით კლინიკის ხელმძღვანელობა შედის პირდაპირ სახელშეკრულებო ურთიერთობებში სამედიცინო დაზღვევის პროვაიდერთან და, შესაბამისად, ფინანსური ანგარიშსწორებაც გაწეული მომსახურებისთვის ხდება პირდაპირ მასთან. სანამ კანონით დაზღვეული პირი არ დადებს ექიმთან დამატებით ხელშეკრულებას (ე. წ. Arztzusatzvertrag), მას არ აკავშირებს

კლინიკის ხელმძღვანელობას უფლება აქვს გამოიყენოს მთელი თავისი პერსონალი პაციენტის სამკურნალოდ. ეს სრული ჰოსპიტალიზაციის ხელშეკრულება განაპირობებს ვარაუდს, რომ პაციენტი, ჩვეულებრივ, თანახმაა მკურნალობა გაუწიოს ნებისმიერმა ექიმმა, რომელიც უფლებამოსილია კლინიკის შიდა წესდების/განრიგის შესაბამისად.

თუმცა, პაციენტს შეუძლია საკუთარი თანხმობა ქირურგიულ ჩარევაზე შემოზღუდოს მხოლოდ კონკრეტული ექიმით და მხოლოდ მისი მომსახურება მოითხოვოს. ამ მხრივ, თვითგამორკვევის უფლება პრიორიტეტულია სხვა სამართლებრივ ურთიერთობებთან შედარებით, რადგან ის ფუნდამენტური უფლებებიდან გამომდინარეობს. მოცემული ტიპის შემთხვევებში სხვა ექიმს არ აქვს უფლება განახორციელოს სამედიცინო ჩარევა მაშინაც კი, როდესაც პაციენტი [ამ არჩევანის გაკეთებით] არღვევს საკუთარ ვალდებულებებს/სცდება საკუთარი უფლებამოსილების ფარგლებს (რაც გამომდინარეობს კანონისმიერ მზღვეველთან არსებული ურთიერთობიდან ან სახელშეკრულებო შეთანხმებიდან). შესაბამისად, პაციენტს შეუძლია უარი თქვას ყველა სხვა ექიმის მხრიდან ჩარევაზე, გარდა მისთვის სასურველი ექიმისა. თუმცა, მას არ აქვს „მოთხოვნა“ კლინიკის მეპატრონის მიმართ, რომ ოპერაცია აუცილებლად მისთვის სასურველმა ქირურგმა ჩაატაროს. ასეთ ჩიხურ სიტუაციაში, როდესაც პაციენტი არ თანხმდება, რომ მკურნალობა გაუწიოს კლინიკის მორიგე ექიმმა, მას შეიძლება მოუწიოს დათანხმება, რომ იგი გაეწეროს მკურნალობის გარეშე.⁴⁶

თუმცა, ამ ტიპის ჩიხური სიტუაციები პრაქტიკაში გამონაკლისს წარმოადგენს. კლინიკაში განთავსებული პაციენტისთვის ცხადი და მარ-

ტივად აღსაქმელია, რომ კლინიკის ხელმძღვანელობა, ჰოსპიტალიზაციის ზოგადი ხელშეკრულების შემთხვევაში, უფლებამოსილია მორიგე პერსონალი (რომელიც განრიგის მიხედვით პასუხისმგებელია მოცემულ მომენტში ამ პროცესზე) ჩართოს მედმომსახურების პროცესში. ეს ნიშნავს იმას, რომ [პაციენტის] თანხმობა ქირურგიულ ჩარევაზე, ზოგადად, ვრცელდება ყველა, შიდა ორგანიზაციული სტრუქტურების მიხედვით პასუხისმგებელ ექიმზე. ამიტომაც, პაციენტის საპირისპირო ნება მკაფიოდ უნდა იყოს გამოხატული. პაციენტის უბრალო სურვილი ან სუბიექტური მოლოდინი, რომ მას კონკრეტული ექიმი ჩაუტარებს ოპერაციას, საკმარისი არ არის იმის სავარაუდოდ, რომ მისი თანხმობა მხოლოდ კონკრეტულ პირზეა გაცემული.⁴⁷

სიფრთხილისთვის უნდა აღინიშნოს, რომ სიტუაცია განსხვავებულია, როდესაც პაციენტი დებს ცალკე ხელშეკრულებას კლინიკასთან ან იქ დასაქმებულ ექიმებთან, რომელიც ითვალისწინებს კონკრეტული ექიმის მიერ მისთვის მედმომსახურების გაწევას. ამ დროს, როგორც წესი, არსებობს ვალდებულებითსამართლებრივი მოთხოვნის უფლება, მედმომსახურება სწორედ კონკრეტულმა ექიმმა გასწიოს და ამ შეთანხმებიდან გადახვევა პაციენტის თანხმობის გარეშე დაუშვებელია.

4. OLG Karlsruhe, Urteil vom 22. November 2023 - 7 U 87/22 - juris

სახელმძღვანელო პრინციპი:

მოსარჩელის განცხადება, რომ ნეიროქირურგიულ ამბულატორიაში კარდიოლოგიურ სიმპტომებთან დაკავშირებით დაშვებული იყო სა-

უშუალო სახელშეკრულებო ურთიერთობა კლინიკასთან. ექიმთან დამატებითი ხელშეკრულებით, კანონით დაზღვეულ პაციენტს (ისევე როგორც პაციენტს, რომელიც არ არის კანონით დაზღვეული, ე.წ. კერძო პაციენტი) შეუძლია კანონით დაზღვეული პირებისათვის გათვალისწინებულ კლინიკის სერვისებთან ერთად, ისარგებლოს დამატებითი მომსახურებით (ე.წ. არჩევითი სერვისები). მას ასევე შეუძლია შეათანხმოს, რომელმა

ექიმმა (როგორც წესი, მთავარმა ექიმმა) უნდა ჩაატაროს მკურნალობა და საჭიროების შემთხვევაში ქირურგიული პროცედურა.

⁴⁶ სრულად: BGH, Urteil vom 11. Mai 2010 - VI ZR 252/08 - NJW 2010, 2580, juris Rn. 6.

⁴⁷ BGH, Urteil vom 11. Mai 2010 - VI ZR 252/08 - NJW 2010, 2580, juris Rn. 9.

მედიცინო შეცდომები, უნდა შეფასდეს ნეიროქირურგი ექსპერტის მიერ, ამ დარგისათვის დადგენილი სტანდარტების დაცვით.

ფაქტობრივი გარემოებები (გამარტივებული):

მოსარჩელე პირველი მოპასუხის ნეიროქირურგიული კლინიკის გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში მივიდა ღამის საათებში. მან მეორე მოპასუხეს, რომელიც უშუალოდ უწევდა მას მედმომსახურებას, განუმარტა, რომ ჰქონდა ზურგის უწყვეტი ტკივილი და ასევე ტკივილი გულმკერდის არეში; მკერდზე ზეწოლის შეგრძნებასთან ერთად. ნეიროქირურგიული ჩივილებისა და სიმპტომების გამორკვევის შემდეგ, მეორე მოპასუხეს სურდა მოსარჩელის გადაყვანა პირველი მოპასუხის კარდიოლოგიურ კლინიკაში. მეორე მოპასუხემ წინასწარ (მისი ახსნა-განმარტების მიხედვით, კარდიოლოგიური სურათის მაქსიმალურად სწრაფად მისაღებად) აიღო სისხლის ანალიზი, რომელიც აჩვენებდა ტროპონინის 34 პგ/მლ არსებობას. თუმცა, მოსარჩელემ უარი თქვა პირველი მოპასუხის კარდიოლოგიური კლინიკის გადაუდებელი კარდიოლოგიის (Chest-Pain-Unit) განყოფილებაში მისვლაზე და შემდგომ გამოკვლევაზე. შემდეგ მეორე მოპასუხემ ურჩია პაციენტს, 3-დან 6 საათის ინტერვალში, ხელახლა შეემოწმებინა მომატებული ტროპონინის დონე. მოსარჩელე იმავე დღეს, დილით, მივიდა პირველი მოპასუხის გადაუდებელი კარდიოლოგიის განყოფილებაში. მოპასუხემ ის გადაიყვანა გულის კათეტერიზაციის ლაბორატორიაში ინვაზიური დიაგნოსტიკისთვის. გამოვლენილი ბიფურკაციის სტენოზის გამო, განხორციელდა დიდი მარგინალური ტოტის რეკანალიზაცია კორონარული არტერიის დილატაციით (PTCA).

მოსარჩელემ განაცხადა, რომ ნეიროქირურგიულ გადაუდებელ განყოფილებაში მიყვანისას უკვე აღენიშნებოდა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ნიშნები. მეორე მოპასუხეს ყველა

საჭირო კვლევა რომ ჩაეტარებინა, კერძოდ, ელექტროკარდიოგრამა, ულტრაბგერით კარდიოგრამა და კორონარული ანგიოგრაფია, ბიფურკაციის სტენოზი უკვე ამ ეტაპზე იქნებოდა დიაგნოზირებული. მისთვის დაუყოვნებლივი მკურნალობის ჩატარების შემთხვევაში, მას აღარ განუვითარდებოდა პერმანენტული დარღვევები (მარცხენა პარკუჭის შეზღუდული ფუნქცია, გულმკერდის ჩივილები), ასევე, საჭირო აღარ გახდებოდა კორონარული ბიფაზის ოპერაცია.

სამართლებრივი პრობლემატიკა:

სამართლებრივი პრობლემატიკის ნაწილში, მოცემულ გადაწყვეტილებაში სასამართლომ ყურადღება გაამახვილა ექიმის მხრიდან მოსალოდნელი სამედიცინო ცოდნის დონისა და სასამართლო ექსპერტების შერჩევის საკითხებზე.

1. უმაღლესი სამხარეო სასამართლოს მიერ დადგენილი პრაქტიკის მიხედვით, სამედიცინო შეცდომა ხდება მაშინ, როდესაც ექიმის ქმედება ეწინააღმდეგება იმ სამედიცინო სტანდარტს, რომელიც არსებობდა მოცემულ მედმომსახურებასთან მიმართებით. განსაზღვრის კრიტერიუმია: თუ რა ქცევა შეიძლება ყოფილიყო წინასწარ განსაზღვრული და მოსალოდნელი კეთილსინდისიერი და ყურადღებიანი ექიმისგან მედმომსახურების გაწევის კონკრეტულ სიტუაციაში, მოცემული სფეროს სპეციალისტის პერსპექტივიდან. მაშასადამე, „სტანდარტს“ განსაზღვრავს სამეცნიერო ცოდნისა და სამედიცინო გამოცდილების იმჟამინდელი მდგომარეობა, რომელიც აუცილებელია მკურნალობის მიზნის მისაღწევად და რომელიც დამტკიცებულია პრაქტიკაში.⁴⁸

ვინაიდან, ცოდნის მოსალოდნელი დონე დამოკიდებულია მედმომსახურების გამწვევი ექიმის სპეციალიზაციაზე, სასამართლო ექსპერტი, რომელიც აფასებს მას, ასევე უნდა იყოს მოცე-

⁴⁸ OLG Karlsruhe, Urteil vom 22. November 2023 - 7 U 87/22 - juris Rn. 39; BGH, Urteil vom 24. Februar 2015 - VI ZR 106/13 - NJW 2015, 1601, juris Rn. 7.

მული სპეციალობის მქონე/პროფილის. ეს ეფუძნება იმ მოსაზრებას, რომ მხოლოდ იმავე სამედიცინო სპეციალიზაციის მქონე პირის შეფასებაა სანდო და იმის განმსაზღვრელი, თუ რა ცოდნა შეიძლება იყოს მოსალოდნელი ექიმისგან. თუმცა, ეს არ ეხება კაუზალობასთან დაკავშირებულ ნებისმიერ სხვა საკითხს, თუ გამოვლენილი სამედიცინო შეცდომის შემთხვევაში, ჰიპოთეტური კაუზალობის საკითხი სხვა საგნობრივ სფეროში გადადის.⁴⁹ მოცემული დავის ფარგლებში ეს ნიშნავს შემდეგს: ის, თუ რა დონის განსწავლულობა მოეთხოვება ნეიროქირურგიულ ამბულატორულ კლინიკაში დასაქმებულ ექიმს კარდიოლოგიის სფეროში, სასამართლომ უნდა გადაწყვიტოს ნეიროქირურგი ექსპერტის ჩვენებების საფუძველზე. ეს წესი ძალაშია მაშინაც, როდესაც აუცილებელია პასუხი გაეცეს შეკითხვას, დიფერენციალური დიაგნოზებიდან რომელი უნდა გაეთვალისწინებინა ნეიროქირურგს და აქედან გამომდინარე სწორად გადაამისამართა თუ არა მან პაციენტი. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მოცემული წესით დადგინდება, რომ მეორე მოპასუხემ დაუშვა სამედიცინო შეცდომა, უნდა გადაწყდეს საკითხი, შესაძლებელი იქნებოდა თუ არა, მეორე მოპასუხის უშეცდომო ქმედებების შემთხვევაში, მოსარჩელის პერმანენტული დაზიანების თავიდან აცილება. ამ უკანასკნელ საკითხს სასამართლომ პასუხი უნდა გასცეს კარდიოლოგიური დასკვნის საფუძველზე.⁵⁰ კაუზალობასთან დაკავშირებული ეს საკითხი ეხება არა – ნეიროქირურგის განსწავლულობას, არამედ ჰიპოთეტურ კარდიოლოგიურ პროცესებს.⁵¹

ზემოთ თქმულის საფუძველზე, უმაღლესმა სამხარეო სასამართლომ მეორე მოპასუხის ქმედებები უშეცდომოდ მიიჩნია, რის გამოც შე-

კითხვები კაუზალობასთან დაკავშირებით აღარ დასმულა. უმაღლესმა სამხარეო სასამართლომ ძალიან მოკლედ განაცხადა:

მეორე მოპასუხემ მიიღო აუცილებელი ზომები, რათა გამოერიცხა მოსარჩელის ჩივილების ნეიროქირურგიული მიზეზების არსებობა. მან დასვა სწორი დიაგნოზი ინფარქტის ეჭვთან დაკავშირებით (რაც მოეთხოვება ასევე ნეიროქირურგს), ამის შესახებ აცნობა მოსარჩელეს, გაგზავნა გადაუდებელი კარდიოლოგიის განყოფილებაში და წინასწარ შეატყობინა კარდიოლოგს ამის შესახებ.

მას შემდეგ, რაც მოსარჩელემ უარი თქვა კარდიოლოგიურ დაწესებულებაში გადაყვანაზე, მან [ნეიროქირურგმა], შესაბამისი დოზით, ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებად დიპიდოლორი დაუნიშნა. ინფარქტის ეჭვის მიუხედავად, ეს ტკივილგამაყუჩებელი არ გამოიწვევდა რაიმე უკუჩვენებას. ამასთან, მოცემული ქმედება სამედიცინო შეცდომად ვერ ჩაითვლება მხოლოდ იმ მიზეზით, რომ ტკივილგამაყუჩებლების მიღება დროებით ამცირებს ტანჯვის დონეს და პაციენტმა შესაძლოა მიიჩნიოს, რომ მას არ სჭირდება შემდგომი მკურნალობა. საბოლოო ჯამში, მოცემულ ვითარებაში, მეორე მოპასუხეს, როგორც ნეიროქირურგს, არ მოეთხოვებოდა ისეთი შემდგომი დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ჩატარება, როგორცაა ელექტროკარდიოგრაფია. ასეთ დიაგნოსტიკურ ზომებზე პასუხისმგებლობა ეკისრება გადაუდებელი კარდიოლოგიის განყოფილებას. აღნიშნული პასუხისმგებლობა ნეიროქირურგს უკან აღარ „გადმოეკისრება“ მხოლოდ იმის გამო, რომ მეორე მოპასუხისაგან გადაამისამართებულმა მოსარჩელემ პირველი მოპასუხის კარდიოლოგიურ განყოფილებაში გადაყვანაზე უარი თქვა.

⁴⁹ სრულად: OLG Karlsruhe, Urteil vom 22. November 2023 - 7 U 87/22 - juris Rn. 40; BGH, Beschluss vom 23. Februar 2021 - VI ZR 44/20 - NJW 2021, 153, juris Rn. 17 f.; BGH, Beschluss vom 1. März 2016 - VI ZR 49/15 - NJW 2016, 1328, juris Rn. 8; BGH, Urteil vom 24. Februar 2015 - VI ZR 106/13 - NJW 2015, 1601, juris Rn. 18.

⁵⁰ შტრ. OLG Köln, Beschluss vom 3. August 2015 - 5 U 197/14 - MedR 2016, 185, juris Rn. 18 .

⁵¹ OLG Karlsruhe, Urteil vom 22. November 2023 - 7 U 87/22 - juris Rn. 41.

სამედიცინო განათლებაში სიმულაციებზე დაფუძნებული სწავლება და მისი ეთიკური ასპექტები

პროფ. დოქ. ირმა მანჯაპიძე

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

პროფ. ფოქ. ირაკლი ნატროშვილი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

პროფ. დოქ. გაიანე სიმონია

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

პროფ. დოქ. ზურაბ ორჯონიკიძე

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

იმისათვის, რომ წარმოდგენილი საკითხი საფუძვლიანად იყოს გასაგები¹, მნიშვნელოვანია რამდენიმე ტერმინისა და მათი განმარტების ისტორიული მიმოხილვა.

უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს, რომ ტერმინი „ეთიკა“ - ბერძნული წარმოშობისაა, „ეთოსი“ ზნეს ნიშნავს, ხოლო „ეთიკა“ კი ფილოსოფიური მეცნიერებაა ზნეობის, მორალის შესახებ. ტერმინი „ეთიკა“ პირველად არისტოტელემ გამოიყენა, რომელმაც ზნეობის საკითხებს სპეციალური ნაშრომი მიუძღვნა - „ნიკომაქეს ეთიკა“. უფრო ადრე კი, ეთიკის საკითხები პლატონმა გაარჩია. მანვე შემოგვინახა

არსებითი ცნობები სოკრატეს ეთიკურ შეხედულებებზე. სწორედ სოკრატეს მიიჩნევენ პირველ ფილოსოფოსად, რომელიც მთავარ ყურადღებას ზნეობის პრობლემებსა და მათი გადაწყვეტის გზებს აქცევდა.

ეთიკასთან ერთად ჯანდაცვაში ხშირად გამოიყენება ტერმინი „ბიოეთიკა“, ეს სიტყვაც ბერძნული წარმოშობისაა, „ბიოს“-სიცოცხლეს ნიშნავს. ბიოეთიკა არის ეთიკის ის სფერო, რომელიც შეისწავლის სიცოცხლის ბუნებრივი მიმდინარეობისას ადამიანის ხელოვნური ჩარევის შედეგად გამოწვეულ მორალურ პრობლემებს.

¹ ამასთან დაკავშირებით იხ. აგრეთვე: M.T. Lopez de la Vieja, 2014; pp. 4915-4921; 8th International Technology, Education and Development Conference. Dates: 10-12 March, 2014; Location: Valencia, Spain; Healthcare Simulations Code of Ethics. Code of Ethics Working group. Supported by SSH (Society for Simulation in Healthcare), published 2018, 12.02. ssih.org/Code-of-Ethics; *Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee GD, Scalese RJ.* Features and uses of high-

fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach* 2005; 27:10-28. [CrossRef][PubMed]; *Lerner S, Magrane D, Friedman E.* Teaching teamwork in medical education. *Mt Sinai J Med* 2009; 76:318-29. [CrossRef][PubMed]; *Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice.* Basil Varkey. *Med Princ Pract* 2021;30(1):17-28. PMID: 32498071.PMCID: PMC7923912; DOI: 10.1159/000509119.

ბიოეთიკა არის ბიოლოგიურ მეცნიერებათა და, მათ შორის, აგრეთვე მედიცინის ეთიკა. ბიოეთიკა მუშაობს იმ საკითხებზე, რომელიც შეიძლება წამოიჭრას ბიოლოგიის, მედიცინის, კიბერნეტიკის, პოლიტიკის, კანონმდებლობის, ფილოსოფიისა და თეოლოგიის დარგებს შორის ურთიერთობისას. ტერმინი "ბიოეთიკა" 70-იანი წლების დასაწყისში აშშ-ში ჩამოყალიბდა. ის პირველად კიბოს დაავადებების მკვლევარმა ვან რენსლერ პოტერმა გამოიყენა.

ეთიკური ქცევის მნიშვნელობა ჯანდაცვის სფეროში ჯერ კიდევ მეხუთე საუკუნეში იქნა აღიარებული ჰიპოკრატეს ფიცში და კვლავ რჩება კლინიკური პრაქტიკის არსებით ელემენტად. ჯანდაცვის პროვაიდერები აწყდებიან ისეთ ეთიკურ დილემებს, რომლებიც კომპლექსურია და დროთა განმავლობაში ვლინდება. ამოწმებენ, როგორც პრაქტიკოსების ცოდნას, ასევე კომუნიკაციის უნარებს. სტუდენტებმა უნდა მიიღონ ცოდნა და განივითარონ ის უნარები, რომლებიც აუცილებელია რთული სიტუაციების სამართავად, რაც ასევე მოიცავს ეთიკურ კონფლიქტს. დადასტურდა, რომ სიმულაცია ეფექტური სასწავლო გარემოა სტუდენტებისთვის, რათა გამოიმუშაონ რიგი რთული უნარების ნაკრები. თუმცა, მწირია ლიტერატურაში მონაცემები ეფექტური სიმულაციური გარემოს შექმნის შესახებ, რაც დაეხმარებოდა სტუდენტებს ეთიკური კონცეფციების გამოყენებაში.

ძირითადი პრობლემები ვლინდება სიმულაციებზე გაწვრთნილ, სტანდარტიზებულ პაციენტებთან, რომლებიც ეთიკურ პრობლემებს უქმნიან სტუდენტებს. სტანდარტიზებულ პაციენტებთან სტუდენტთა ურთიერთობის მონიტორინგს ახორციელებენ პროფესორ-მასწავლებლები და თანატოლები, ხოლო ჯგუფური დებრიფინგი გამოიყენება სტუდენტების ემოციებისა და რეაქციების შესასწავლად. სტუდენტური უკუკავშირი ანუ პოსტსიმულაცია დადებით შედეგს იძლევა. ეს სიმულაცია შეიძლება ადვილად

იყოს ადაპტირებული ჯანდაცვის საგანმანათლებლო პროგრამების გამოსაყენებლად, რათა დაეხმაროს სტუდენტებს ეთიკის კომპეტენციის განვითარებაში.

გათვალისწინებული უნდა იყოს ძირითადი ეთიკური პრინციპები „აკეთე სიკეთე“, „არ ავნო“, „ავტონომია“ და „სამართლიანობა“².

ინფორმირებული თანხმობა, სიმართლის თქმა და კონფიდენციალურობა მომდინარეობს ავტონომიის პრინციპიდან და თითოეული მათგანი იქნება განიხილული. პაციენტთან მიმართებით, არცთუ იშვიათად, სახეზეა ეთიკურ პრინციპებს შორის კონფლიქტი (განსაკუთრებით კეთილგანწყობასა და ავტონომიას შორის). სტატიაში წარმოდგენილია ეთიკური პრობლემის გადაჭრის ოთხმხრივი სისტემური მიდგომა და კონფლიქტების რამდენიმე საილუსტრაციო შემთხვევა. ამ შემთხვევების კომენტარები ხაზს უსვამს ჩართულ ეთიკურ პრინციპებს და განმარტავს ამ კონფლიქტების გადაწყვეტის გზებს. სტანდარტიზებული პაციენტის მკურნალობა და მასზე ზრუნვა, როგორც მისი ცენტრალური ელემენტი, აერთიანებს ეთიკურ ასპექტებს (რომელიც გადაჯაჭვულია პროფესიონალიზმთან) კლინიკურ და ტექნიკურ ექსპერტიზასთან, რომელიც ასე აუცილებელია ექიმისთვის.³

❖ ეთიკის ძირითადი პრინციპები სამედიცინო განათლებაში

რა კავშირია ბიოეთიკასა და სიმულაციურ სწავლებას შორის:

ბიოეთიკა და სიმულაციური სწავლება ერთმანეთთან დაკავშირებულია რამდენიმე მნიშვნელოვანი გზით, განსაკუთრებით ისეთ სფეროებში, როგორცაა მედიცინა, ჯანდაცვა და მასთან დაკავშირებული დისციპლინები. საინტერესოა, თუ როგორ იკვეთებიან ისინი, კერძოდ:

1. ეთიკური გადაწყვეტილების მიღება სიმულაციური სწავლების დროს: სიმულაციუ-

² Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. Acad Med 2003; 78:783-8. [CrossRef][PubMed].

³ Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. Acad Med 2003; 78:783-8. [CrossRef][PubMed].

რი სწავლება ხშირად მოიცავს ისეთ სცენარებს, როდესაც სტუდენტებმა უნდა მიიღონ ეთიკური გადაწყვეტილებები. მაგალითად, სამედიცინო სიმულაციებში კლინიკური სცენარების გამოყენების დროს, საჭირო ხდება განიხილონ ისეთი საკითხები, როგორცაა პაციენტის თანხმობა, სიცოცხლის ბოლომდე პაციენტზე ზრუნვა ან რესურსების განაწილება. ბიოეთიკური პრინციპების გააზრება ეხმარება მათ, რათა ამ რთულ სიტუაციებს უფრო ეფექტურად გაართვან თავი.

2. ამასთან, მნიშვნელოვანია ტრენინგი ეთიკურ დილემებთან გასამკლავებლად: სიმულაციას შეუძლია უზრუნველყოს უსაფრთხო გარემო ეთიკური დილემების შესასწავლად და დასაძლევად რეალური შედეგების გამოწვევის გარეშე. ეს საშუალებას აძლევს სტუდენტებს, რათა ივარჯიშონ და, აგრეთვე, დახვეწონ თავიანთი ეთიკური მსჯელობის უნარები კონტროლირებად გარემოში, რაც მათ უკეთესად მოამზადებს იმ რეალური სიტუაციებისთვის, რომლებსაც ისინი, შეიძლება შეხვდნენ პროფესიულ ცხოვრებაში.

3. სამედიცინო განათლებაში ერთ-ერთი ძირითადი საკითხის, ემპათიისა და კომუნიკაციის უნარებს განვითარება: ეფექტური კომუნიკაცია და თანაგრძნობა ეთიკური პრაქტიკის გადამწყვეტი კომპონენტებია. სიმულაციები ხშირად მოიცავს როლური თამაშების ელემენტებს, რითაც ინდივიდებს ზემოაღნიშნული უნარები უვითარდებათ. მაგალითად, სიმულაცია შეიძლება მოიცავდეს ცუდი ამბების ცნობას პაციენტისთვის ან მისი ოჯახის წევრისთვის, როდესაც აუცილებელია მოსალოდნელი შედეგების შესახებ ინფორმაციის ეთიკურად მიწოდება და თანაგრძნობითი (ემპათიური) კომუნიკაცია.

4. როგორც სწავლებაში, ასევე საექიმო საქმიანობის დროს, ხშირად საჭიროა ეთიკური კომპეტენციის შეფასება: სიმულაციები შეიძლება გამოყენებულ იქნას პრაქტიკოსი ექიმის შესაფასებლად, თუ რამდენად არის ის ეთიკურ საკითხებთან მიმართებით შესაფერისი. ეს შეფასება ეხმარება პედაგოგებს, რათა გაიგონ, თუ რამდენად კარგად იყენებენ ინდივიდები ბი-

ოეთიკურ პრინციპებს პრაქტიკაში, რაც უზრუნველყოფს ღირებულ უკუკავშირს შემდგომი სწავლისა და განვითარებისთვის.

5. სიმულაციური სწავლება საუკეთესო საფუძველს ამზადებს პოლიტიკისა და პროტოკოლის შემუშავებაში, კერძოდ, ინსტიტუტებს შეუძლიათ შეამოწმონ და შეაფასონ თავიანთი ეთიკური სახელმძღვანელო პრინციპების ეფექტურობა და შეიტანონ საჭირო კორექტირება დაკვირვების შედეგებზე დაყრდნობით. (დაგეგმე-გააკეთე-შეაფასე-იმოქმედე-PDCA)

არსებითად, ბიოეთიკა უზრუნველყოფს ეთიკური საკითხების გაგებისა და მათი გადაჭრის გზებს, ხოლო სიმულაციური სწავლება გვთავაზობს პრაქტიკულ გამოცდილებას რეალური შემთხვევებისას ამ პრინციპების გამოსაყენებლად. ისინი ერთად განაპირობებენ პროფესიონალების მომზადებასა და მათი კომპეტენციის გაზრდას რთულ ბიოეთიკურ საკითხებთან გასამკლავებლად.

სიმულაციური სწავლება აუცილებელი წინაპირობაა ბიოეთიკის სახელმძღვანელო პრინციპებზე ცოდნის მისაღებად. რამდენიმე ორგანიზაციამ შექმნა ჩარჩო სახელმძღვანელო პრინციპებისა. აღნიშნული ჩარჩო გთავაზობთ, როგორც სახელმძღვანელო მითითებებს, ასევე საუკეთესო პრაქტიკას სიმულაციური სწავლებისას ეთიკური ქცევის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით.

2018 წლის 13 იანვარს, ჯანდაცვის სისტემაში სიმულაციებზე მომუშავე ჯგუფი მთელი მსოფლიოდან შეიკრიბა ლოს-ანჯელესში, კალიფორნიაში გამართულ სამიტზე, რათა ეთანამშრომლათ და შეემუშავებინათ ერთიანი კოდექსი ჯანდაცვის სიმულაციის პროფესიონალებისთვის.

ამ სამუშაო ჯგუფის წევრები შეხვდნენ ექვსი კონტინენტის ქვეყანას და გაუზიარეს თავიანთი გამოცდილება სხვადასხვა პროფესიების ადამიანებს სიმულაციურ პრაქტიკასთან დაკავშირებით. ისინი წარმოადგენდნენ ხელმძღვანელ პირებს სიმულაციური ორგანიზაციებისა და ინდუსტრიის სფეროდან. ჯგუფი მუშაობდა ეთიკოსებთან ერთად და ჩამოაყალიბეს ეთიკის კოდექსი სიმულაციური სწავლებისათვის.

ჯანდაცვის სიმულაციური ეთიკის კოდექსი აყალიბებს ძირითად მისწრაფებებს, რომლებიც მნიშვნელოვანია სიმულაციის პრაქტიკისთვის: მთლიანობა, გამჭვირვალობა, ურთიერთ-პატივისცემა, პროფესიონალიზმი, ანგარიშვალდებულება და შედეგზე ორიენტაცია. კოდექსი განსაზღვრავს ღირებულებებს, რომლებიც მნიშვნელოვანია ყველა მხარის კეთილდღეობისთვის⁴.

❖ ვისთვის არის კოდექსი:

ჯანდაცვის სიმულაციური ეთიკის კოდექსი შექმნილია იმისთვის, რომ განსაზღვროს მისწრაფებები და ღირებულებები, ზოგად დონეზე ჯანდაცვის სიმულაციის ყველა პროფესიონალისთვის.

❖ კოდექსის მიღება:

როგორც ეთიკის კოდექსებისთვისაა დამახასიათებელი, ეს კოდექსი თვით დაწესებულია. ამიტომ, მიდგომა ამგვარია: ორგანიზაციებმა, საზოგადოებებმა და ინსტიტუტებმა ნებაყოფლობით მიიღონ და გაავრცელონ ეს კოდექსი.

ჯანდაცვის სიმულაციური ეთიკის კოდექსის პრეამბულაში მითითებულია,⁵ რომ ეს კოდექსი გამოადგებათ ცალკეულ პირებსა და ორგანიზაციებს, რომლებიც ახორციელებენ სიმულაციურ სწავლებას და მუშაობენ უსაფრთხო პრაქტიკის განვითარებისა და ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის. თავისთავად სიმულაციური პრაქტიკა დიდ გავლენას ახდენს ჯანდაცვის მრავალ დარგზე.

აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სიმულაციური ეთიკის კოდექსი მიზნად ისახავს ხელი შეუწყოს, გააძლიეროს და მხარი დაუჭიროს ეთიკური კულტურის ჩამოყალიბებას ყველგან, სადაც მუშაობა სიმულაციების გამოყენებით ხორციელდება.

ეთიკის კოდექსი ეყრდნობა და ავითარებს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის განვითარების პროგრამისა და სხვა პროფესიული

ასოციაციების მიერ გამოხატულ ფუნდამენტურ ღირებულებებსა და პრაქტიკას.

❖ „ეთიკის კოდექსის“ ფასეულობებს წარმოადგენს:

I. ერთიანობა

ყველამ, ვინც იყენებს სიმულაციებს, უნდა შეინარჩუნო ერთიანობის უმაღლესი სტანდარტები, მათ შორის პატიოსნება, სიმართლე, სამართლიანობა და ყველა იმ საკითხის განსჯა, რომელიც გავლენას ახდენს მათ მოვალეობებზე.

აუცილებელია, რომ:

- პატივი სცენ და განავითარონ ეთიკური ორგანიზაციული გარემო.
- უზრუნველყონ, საჭიროებისამებრ, სიმულაციური აქტივობის მოწყობა, შეზღუდვები, ცვლილებები და პრობლემების გამჟღავნებაც კი.
- შეეძლოთ იყვნენ მკაფიო და ცალსახა კონკრეტული სიმულაციური აქტივობებისა და მეთოდების გამოყენებისას არსებული მტკიცებულებების მიმართ.
- იმუშაონ ადამიანების, ცხოველებისა და გარემოსთვის არასაჭირო ზიანის მიყენების აღმოსაფხვრელად.
- პატივი სცენ ინდივიდებისა და ორგანიზაციების კონფიდენციალურობის უფლებებს და დაცვან მონაცემებისა და შედეგების კონფიდენციალურობა.
- პატივი სცენ და აღიარონ ყველას ინტელექტუალური და საკუთრების უფლება და, საჭიროებისამებრ, მიაწოდონ სათანადო ინფორმაცია.

II. გამჭვირვალობა

სიმულაციების ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა შეასრულონ ჯანდაცვის ყველა სიმულაციური აქტივობა ისე, რომ ხელი შეუწყონ გამჭვირვალობასა და სიცხადეს დიზაინის, კომუნიკაციისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში.

აუცილებელია, რომ:

⁴ Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. Med Teach 2013; 35:1511-30. [CrossRef][PubMed].

⁵ ენციკლოპედიური ლექსიკონი-ეთიკის და ბიოეთიკის განმარტებისათვის <http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=5&t=5852>.

- დაიცვან მიღებული სტანდარტები სიმულაციური აქტივობების დოკუმენტაციის, ანალიზის, დიზაინის, შემუშავების, დანერგვისა და შეფასებისას.
- გაამჟღავნონ ნებისმიერი აქტივობა, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს რეალურ ან სავარაუდო ინტერესთა კონფლიქტს.
- განმარტონ სიმულაციური აქტივობის ბუნება და მიზანი, მათ შორის კვლევითი აქტივობები.
- შეზღუდონ ისეთი სიმულაციური აქტივობები, რომლებიც მოიცავს მოტყუებას; უზრუნველყონ, რომ მოტყუება მაქსიმალურად იყოს შემცირებული, რაც არ გულისხმობს რისკის დამალვას ან ზიანის მიყენების ან ამის გამო დასჯის განზრახვას.

III. ურთიერთპატივისცემა

ჯანდაცვის სიმულაციის სპეციალისტები პატივს სცემენ ყველას უფლებებსა და ღირსებას. მათ უნდა გამოიჩინონ თანაგრძნობა, რათა უზრუნველყონ კეთილგანწყობა და არა ბოროტება სიმულაციურ აქტივობებში მონაწილე ყველა ადამიანის მიმართ.

აუცილებელია, რომ:

- პატივი სცენ სტუდენტებისა და კოლეგების ცოდნას, უნარებს, ფასეულობებსა და ღირებულებებს;
- მოუსმინონ სხვების თვალსაზრისს, ეცადონ, რომ გაუგონ მათ.
- გამოიჩინონ ჰუმანური ქცევა, პატივი სცენ მრავალფეროვნებას და ხელი შეუწყონ ინკლუზიურობას, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასათანადო მოპყრობა.
- შეძლონ უსაფრთხოების დონის მაქსიმალურად გაზრდა, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური რისკის მინიმუმამდე დაყვანა.

IV. პროფესიონალიზმი

ჯანდაცვის სიმულაციების სპეციალისტები უნდა მოიქცნენ ისე, რომ დაიცვან ჯანდაცვის სიმულაციისთვის დამახასიათებელი პროფესიული სტანდარტები.

აუცილებელია, რომ:

- მოახდინონ პროფესიული კომპეტენციისა და დამოკიდებულების დემონსტრირება;
- წარმოაჩინონ უწყვეტი პიროვნული და პროფესიული განვითარება;
- წაახალისონ და განავითარონ კოლეგები და სტუდენტები ჯანდაცვის სიმულაციის მიმართულებით;
- შექმნან შესაძლებლობები ჯანდაცვის სიმულაციური პროფესიის წინსვლისთვის.

V. ანგარიშვალდებულება

ჯანდაცვის სიმულაციების პროფესიონალები პასუხისმგებელი იქნებიან თავიანთ გადაწყვეტილებებსა და ქმედებებზე თავიანთი მოვალეობებისა და პასუხისმგებლობების შესრულებისას.

აუცილებელია, რომ:

- განუწყვეტილად უზრუნველყონ უკუკავშირი;
- საჭიროებისამებრ ანგარიშები წარუდგინონ პროფესიულ ორგანიზაციებს;
- იყვნენ საუკეთესო როლური მოდელი თავიანთი ეთიკური ქცევით;
- გამოავლინონ იმგვარი პროფესიული ქცევა, რომელიც დაეხმარება ჯანდაცვის სიმულაციურ საზოგადოებას, დამსაქმებლებსა და საკუთარ თავს;
- დაადგინონ და აცნობონ შესაბამის მხარეებს სახიფათო, არაეთიკური ან არაპროფესიონალური ქცევის შესახებ.
- შეიმუშაონ და განახორციელონ სიმულაციები ისე, რომ გონივრულად გამოიყენონ არსებული რესურსები.
- მზად იყვნენ, როგორც სასურველი შედეგების, ასევე სიმულაციური აქტივობის პოტენციური არასასურველი შედეგების მიმართ.

VI. შედეგზე ორიენტირებულობა

ჯანდაცვის სიმულაციების სპეციალისტები ემსახურებიან ისეთი საქმიანობების მხარდაჭერას, რომლებიც აუმჯობესებენ პროფესიისა და ჯანდაცვის სისტემების ხარისხს. შედეგი მოიცავს ჯანდაცვის სიმულაციის პროცესის ყველა ეტაპს და არ არის ექსკლუზიური საბოლოო პროდუქტისთვის.

აუცილებელია, რომ:

- უზრუნველყოფნა ჯანდაცვის სიმულაციის საიმედო და სანდო გამოყენება, პრაქტიკის აღიარებული სტანდარტების შესაბამისად;
- ჩაერთონ ხარისხის მუდმივ გაუმჯობესებაში;
- უზრუნველყოფნა პროგნოზირებადი ზემოქმედება მისაღწევი შედეგების დიაპაზონში, მათ შორის სიმულაციის პრაქტიკის, ადამიანის მუშაობის, სისტემების გაუმჯობესებისა და პაციენტზე გამოვლენილი შედეგების ჩათვლით;
- უზრუნველყოფნა ეთიკის კოდექსის ჩართვა და შემდგომი იმპლემენტაცია ჯანდაცვის სიმულაციისა და ორგანიზაციული კულტურის მასშტაბით;
- გამოიყენონ ეთიკის კოდექსი შესაბამისი სფეროების ეთიკური პრაქტიკის ინფორმირებისთვის;
- უზრუნველყოფნა ჯანდაცვის სიმულაციის შესახებ საზოგადოების ინფორმირება ცოდნისა და გამოცდილების გაზიარების გზით.

ზემოაღნიშნულ კოდექსში მითითებულია ზოგადი პრინციპები, რომლებიც უნდა იყოს გათვალისწინებული სიმულაციების გამოყენებისას.

❖ სიმულაციებზე დაფუძნებული სამედიცინო განათლება - საუკეთესო პრაქტიკა და გამოწვევები

მთელი მსოფლიოს სამედიცინო განათლების სისტემაში დანერგილია სწავლება მანეკენების, მულაჟებისა და სიმულატორების გამოყენებით. მსოფლიოს წამყვანი უნივერსიტეტების სიმულაციური სწავლების ცენტრები და სპეციალური ასოციაციები მართავენ შეხვედრებს, ატარებენ კონფერენციებს, სიმპოზიუმებსა და ტრენინგებს, სადაც ერთმანეთს უზიარებენ გამოცდილებას სიმულაციური სწავლების შესახებ. თუმცა, *"პაციენტებთან ურთიერთობა ასევე გულისხმობს სიმულირებულ, სტანდარტიზებულ პაციენტთან კომუნიკაციას ან სხვა შესაბამისი ტექნოლოგიების გამოყენებას, რაც შეავსებს, მაგრამ არ ჩაანაცვლებს კლინიკურ პრაქტიკას"*.

უპირველეს ყოვლისა, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს თამაშების როლი სიმულაციების გამოყენებისას, რომლებიც გამოიყენება, ჯერ კიდევ 1960 წლიდან (*Zuckerman&Horn, 1973; Stadsklev 1974*). კომპიუტერული ტექნოლოგიების სწრაფმა განვითარებამ და სიმულატორებისა და თამაშების აქტიურმა გამოყენებამ სამედიცინო განათლებაში, დღის წესრიგში დააყენა საკითხი რომ ეს მეთოდები არა მარტო ალტერნატიული სწავლების მეთოდებია, არამედ აუცილებლად საჭიროებს ადვოკატირებას მაწვალებლებისა და მკვლევარების მხრიდან, რათა სწორად მოხდეს ახალი თაობის მასწავლებელთა მოტივაციის ამაღლება (*Dickey, 2007; Gee 2003; Prensky, 2001; Tuzun, 2004*).

გარდა ამისა, სიმულაციები და როლური თამაშები საკლასო ოთახში - ექიმ-პაციენტის კომუნიკაციის თავისებურებების შესასწავლად - ბრდის სტუდენტთა ინტერაქტიულობას ავტონომიის პირობებში. ამასთან უზრუნველყოფილია, ინდივიდუალურად და უსაფრთხო გარემოში პრაქტიკის მრავალჯერ განმეორებითი განხორციელება. (*Prensky, 2001; Winn, 2002*). აღნიშნული კი ქმნის, როგორც ეთიკურ ვალდებულებებს, ასევე გამოწვევებს, რომლებიც მასწავლებლებმა და მკვლევარებმა უნდა გაითვალისწინონ.

როდესაც განვიხილავთ როლური თამაშისა და სიმულაციური სწავლის სისტემების სირთულეს, მთავარია იმის გათვალისწინება, თუ როგორ ერწყმის ეს ეთიკური პასუხისმგებლობა თამაშებისა და სიმულაციების სასწავლო დიზაინს. გამოვყოფთ რამდენიმე ძირითად სფეროს, რომლებშიც ეთიკური პრობლემები თავს იჩენს თამაშებთან და სიმულაციებთან დაკავშირებით.

თუ ვივარაუდებთ, რომ ჩვენ გვაქვს ეთიკური პასუხისმგებლობა როლური თამაშებისა და სიმულაციების ეთიკურად შემუშავებაზე, ჯერ უნდა განვსაზღვროთ, სად იწყება დიზაინი?

დიზაინის დაწყებამდე მნიშვნელოვანია განისაზღვროს:

- **რა არის მიზანი?** სამიზნე აუდიტორიაზე განხორციელდება მინიმალური რისკი ფსიქოლოგიური, სოციალური ან საგანმანათლებლო თვალსაზრისით?

- რა არის, შერჩეული დიზაინის ყველზე ძვირფასი ღირებულებები, რომლებიც შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს აუდიტორიის საუკეთესო ინტერესებს?

- შეიძლება აღნიშნული დიზაინის განვითარებას მოჰყვეს არასასურველი შედეგები?

ხოლო დიზაინის დაწყების შემდეგ, გასათვალისწინებელია შემდეგი ელემენტები:

ისევე მიზანს დაუბრუნდით. არის თუ არა თქვენი თამაშის მიზანი ის, რისი თქმაც შეგიძლიათ ეთიკური და ადამიანური სუბიექტების დაცვით?

შეგიძლიათ თქვათ, რომ თქვენი დაგეგმილი დიზაინი არის ის, რისი მიწოდებაც შეგიძლიათ და რაც დაიცავს თქვენს სტუდენტებს გაუთვალისწინებელი ზიანისგან? არის თუ არა თამაშის ან სიმულაციის ძირითადი ღირებულებები, რისი სწავლებაც გსურთ?

კოგნიტური ურთიერთქმედება - მას შემდეგ რაც შექმნით თქვენს თამაშში ურთიერთქმედებებს, განიხილავთ თუ არა ფსიქოლოგიურ პრინციპებს, რომლებსაც იყენებთ თქვენი სტუდენტების ჩართულობისთვის?

აუდიტორია - იცით თუ არა თქვენი აუდიტორიისა და მათი განსაკუთრებული საჭიროებების შესახებ? გაქვთ თუ არა დაწერილი ტექსტი და აუდიო ნიშნები ისე, რომ სტუდენტებმა შეძლონ ადეკვატურად დამუშავება და გაგება?

ზოგიერთი კონკრეტული შეკითხვა მოიცავს:

1. როგორია ჩემი, როგორც მასწავლებლის დამოკიდებულება თამაშთან, ვირტუალურ სამყაროსთან ან სიმულაციებთან? შემიძლია თუ არა ობიექტურად ვთქვა, რომ ჩემზე გავლენას არ ახდენს ასეთი სიმულაციების წარსულში გამოყენების შედეგები, და ხომ არ ვაპირებ მათ გამოყენებას მხოლოდ იმიტომ, რომ ჩემთვის უპირატესია?

2. შემიძლია ადეკვატურად ვიწინასწარმეტყველო გამოყენების შედეგები და მინიმუმამდე დავიყვანო სტუდენტებისათვის ფსიქოლოგიური, სოციალური ან საგანმანათლებლო რისკი?

3. შემიძლია თუ არა უზრუნველყო მომსახურება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ისეთი სტუდენტებისათვის, როგორცაა მხედვე-

ლობა ან სმენა დაქვეითებული, და კვლავ გამოვიყენო თამაშები, სიმულაციები ან ვიდეორგოლები?

4. შემიძლია სწორად შევაფასო სწავლის შედეგები და ვთქვა, რომ ჩემმა პროდუქტმა გააუმჯობესა სწავლის ზოგიერთი ასპექტი?

5. შემიძლია თუ არა პროდუქტის შემუშავება და განვითარება იმ რესურსებით, რაც მაქვს და მივალწიო სასურველ შედეგებს გართულებების გარეშე?

6. მე ან ჩემი კოლეგები კომპეტენტურნი ვართ თამაშის, სიმულაციის ან ვირტუალური სამყაროს შესაქმნელად? გვაქვს თუ არა დიზაინი და ტექნიკური უნარები, რომ ჩვენთვის ხელმისაწვდომი რესურსებით ვაწარმოოთ სიცოცხლისუნარიანი პროდუქტი?

7. დიზაინის დასასრულს შევძლებთ თუ არა მის ახსნას სხვებისთვის, მათგან შეფასების მისაღებად, მის გამოყენებასა და კვლევასთან დაკავშირებით, თუ საკითხი დახურული დარჩება?

8. შემიძლია თუ არა ამ თამაშის, სიმულაციის ან ვირტუალური სამყაროს დაპროექტება და სხვების ინტელექტუალური საკუთრების პატივისცემა და ამით მოცული იდეების სათანადოდ აღიარება?

9. არის თუ არა თამაშში, სიმულაცია ან ვირტუალური სამყარო სოციალურად საპასუხისმგებლო და მოუტანს თუ არა სტუდენტებს სარგებელს?

მნიშვნელოვანია გვესმოდეს, რომ ისეთ სფეროში, როგორც არის განათლება, თავისი კვლევებით, სასწავლო დიზაინით, სწავლებითა და სასწავლო აქტივობებით, რაც ტარდება ყოველდღიურად, არსებობს ნათლად იდენტიფიცირებადი სოციალური ნორმები სწავლის ღირებულების შესახებ.

ჩვენ ვამტკიცებთ, რომ ამ კითხვების გათვალისწინებით, სასწავლო დიზაინერს შეუძლია მაქსიმალურად გაზარდოს საგანმანათლებლო სარგებელი და მინიმუმამდე დაიყვანოს რისკები სტუდენტებისათვის. გარდა ამისა, ისინი მოუწოდებენ დიზაინერებს შეიმუშაონ თამაშში, სიმულაციაში ან ვირტუალურ სამყაროში ინსტრუქცია, რომელიც რეალურად გააუმჯობესებს სწავლის პროცესს, და არ იქნება მხოლოდ

დროებითი გარეგანი მოტივატორი, რომელიც კარგავს თავის ეფექტურობას რამდენიმე ხანმოკლე გამოყენების შემდეგ. უფრო მეტიც, ეს მოსაზრებები აიძულებს დიზაინერს დასვას ფუნდამენტური კითხვა, რომელიც ყოველთვის არ არის უპირველესი ჩვენს გონებაში, როდესაც ვცდილობთ სტუდენტების სტიმულირებას.

2012 წელს იუნესკომ განაცხადა, თუ რამდენად იცვლება დღევანდელი საგანმანათლებლო გარემო და რამდენად კონკურენტუნარიანია იგი. ამისთვის აღნიშნული დოკუმენტი რეკომენდაციას უწევდა სიმულაციის მოდელის განათლების სტრატეგიების შესამუშავებლად, რაც დაეხმარება სტუდენტებს უკეთ შეფასებაში, განსაკუთრებით კი განათლებასთან დაკავშირებით უკეთესი გადაწყვეტილებების მიღებაში.⁶

80-იან წლებში კ.ჰ. Flechsig-მა შეიტანა სიმულაცია დიდაქტიკური მოდელების ზოგად კატალოგში, რადგან მიიჩნია, რომ როლური თამაში და ხელოვნური გარემო იქნებოდა სწავლებისა და სწავლისთვის მართებული მეთოდები. თუმცა, მხოლოდ ამ ტიპის სწავლება არ შეიძლება ჩაითვალოს სტანდარტულ მეთოდოლოგიად ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში, სადაც მოდელები, როგორცაა დიალოგი ან ფრონტალური სწავლება, უფრო მეტად იყო მიღებული. სიმულაცია ჩვეულებრივ დაკავშირებულია ტექნოლოგიასთან; ამავდროულად, საინტერესო შესაძლებლობებს გაუხსნიდა გამოყენებითი ეთიკის, მათ შორის ბიოეთიკის შესწავლისა და სწავლებისთვის.

კლინიკური შემთხვევების სწავლება სამედიცინო განათლებაში ერთ-ერთი პოპულარული მეთოდია, ვინაიდან, ხდება რეალური შემთხვევების ანალიზი, როდესაც პაციენტთა უფლებები და პირადი მონაცემები უნდა იყოს დაცული.⁷

ეროვნული და საერთაშორისო კანონმდებლობა ძალიან მკაფიოა უფლებების დაცვასთან

დაკავშირებით, მაგრამ ბიოეთიკური საკითხები მოითხოვს დებატებს, შესაძლო შედეგების სწორ შეფასებასა და დადებითი და უარყოფითი მხარეების ბალანსს. ასე რომ, არსებობს შეზღუდვები ბიოეთიკის სწავლებაზე; რეალური კლინიკური შემთხვევები საზოგადოებისთვის მიუწვდომელია. არსებობს ორი შესაძლო გზა შესაბამის ბიოეთიკურ საკითხებთან მიახლოებისთვის: ჰიპოთეტური შემთხვევები და სიმულაცია. როლურმა თამაშმა შეიძლება გამოავლინოს პრაქტიკული განხილვის სტრუქტურა და მოთხოვნები ინსტიტუციურ კონტექსტში.⁸

❖ რას ეფუძნება სიმულაციური სწავლება?

სიმულაცია უნდა ეფუძნებოდეს ძირითად მოთხოვნას, როგორცაა: შევინარჩუნოთ პაციენტის, სტუდენტისა და მასწავლებლის უსაფრთხოება. სწავლების ასეთი მეთოდის საფუძველზე ხელი უნდა შეეწყოს სტუდენტების ჩართულობასა და იმის შესწავლას, თუ როგორ უნდა იქნეს შეცდომები თავიდან აცილებული.

მნიშვნელოვანია ყურადღება გამახვილდეს არა მარტო ფიზიკურ უსაფრთხოებაზე, არამედ ყველა მონაწილე მხარის ფსიქოლოგიურ უსაფრთხოებაზეც. ასევე, რესურსების უსაფრთხოდ გამოყენებაზე, კარგად დაგეგმილი წინასწარი ბრიფინგი, ასევე დაგეგმილი სიმულაციების მიზნ(ებ)ის დებრიფინგი და სრულყოფილი ახსნა. საჭიროა ყველა მონაწილის სრული თანხმობა.

❖ რატომ გვჭირდება სიმულაციაში ეთიკის შესახებ საუბარი?

ტრენინგი გადამწყვეტია კლინიცისტთა მომზადებისას მანამდე, ვიდრე ისინი „რეალურ“ პაციენტებს შეხვდებიან, ასეთი სახის ტრენინგი არ არის უბრალოდ ტექნიკური, ის არის ასევე სწავლისა და ვარჯიშის საშუალება.

⁶ Chen RP. Moral imagination in simulation-based communication skills training. Nurs Ethics 2011; 18:102- 11. [Cross-Ref][PubMed].

⁷ Chen RP. Moral imagination in simulation-based communication skills training. Nurs Ethics 2011; 18:102- 11. [Cross-Ref][PubMed].

⁸ Chen RP. Moral imagination in simulation-based communication skills training. Nurs Ethics 2011; 18:102- 11. [Cross-Ref][PubMed].

მნიშვნელოვანია თანამშრომლობა, გუნდური ტრენინგი ინტერპერსონალური და ინტერპროფესიონალური გადაწყვეტილების მიღების უნარების მეშვეობით და არა შემთხვევითი, ჯანდაცვის ეთიკის სხვადასხვა სწავლების მიზნით.

სიმულაცია მოიაზრებს ტექნოლოგიებსა და სტანდარტიზებულ პაციენტებს, ასევე შესაძლებელია კომბინირებული იყოს ჰიბრიდული სიმულაციაც. სიმულაციების დროს ასევე მნიშვნელოვანია კლინიკური გარემო ან, საჭიროების შემთხვევაში, ვირტუალური გარემო და ხელმისაწვდომი რესურსები.

რა ეთიკური მოსაზრებები არსებობს სიმულაციური აქტივობის შემუშავებისას? აღსანიშნავია, რომ პაციენტის უსაფრთხოება და კლინიკური საჭიროებები პირველ ადგილზეა.

მხოლოდ იმიტომ, რომ სიმულაციურ ცენტრს ან დაწესებულებას აქვს მაღალი ღირებულების სიმულატორები, მანეკენები და აღჭურვილობა, ეს არ ნიშნავს, რომ ის ყოველთვის საუკეთესო ან ყველაზე ეფექტური გზაა სწავლებისა და შეფასებისათვის. ეს არის ერთი გზა და შეიძლება არსებობდეს სხვა უფრო ნაკლებად ხარჯიანი და დროში ეფექტური მეთოდები იმავე მიზნების მისაღწევად.

არსებობს სტანდარტული პრაქტიკა, გამოვიყენოთ მანეკენები და სიმულატორები. ჩვენ ვიცით ეს პრაქტიკა, რომელიც სიმულაციური, მიზანმიმართული უკუკავშირითა და ბრიფინგით აუმჯობესებს შესრულების ხარისხს და რეალობასთან დაახლოებულ გარემოში შესაძლებელს ხდის ვარჯიშს მანეკენებთან და სიმულატორებთან.⁹

აქვთ თუ არა მოსწავლეებს ცრუ ნდობის გრძნობა იმიტირებული განათლების მიღების შემდეგ? შეუძლიათ თუ არა მანეკენებსა და ტრენერებს განსხვავებების სიმულაცია? ყოველთვის არის შესაძლებლობა, რომ ტექნიკური პრობ-

ლემები წარმოიშვას მაღალი ფიდელობის (პაციენტთან მაქსიმალურად დაახლოებული) მანეკენების გამოყენებისას. ეს საკითხები გავლენას მოახდენს რეალურ შემთხვევებზე, მთავარი სტუდენტი დარჩეს სწავლაზე ორიენტირებული.

სიმულატორები და მანეკენები არის მაღალი, საშუალო და დაბალი ფიდელობის.

❖ **მაღალი ფიდელობის სიმულატორების ფუნქციები და გამოყენების ეფექტურობა სამედიცინო განათლებაში^{10,11}**

- უკუკავშირი მყარდება მოცემული სასწავლო დავალების შესრულების პროცესში;
- სტუდენტები ახორციელებენ განმეორებით პრაქტიკას;
- სიმულაცია ინტეგრირებულია მთლიან სასწავლო გეგმაში;
- სტუდენტები ვარჯიშობენ მზარდი დონის სირთულეებზე;
- ადაპტირებულია სხვადასხვა სასწავლო სტრატეგიისთვის;
- არსებობს კლინიკური ვარიაციის საშუალება;
- არსებობს კონტროლირებადი გარემო;
- შესაძლებელია ინდივიდუალური სწავლა (გარდა გუნდურისა);
- მკაფიოდ განსაზღვრულია შედეგები/არსებობს სტანდარტები;
- სიმულატორის მუშაობის ვადა განსაზღვრულია;
- მნიშვნელოვანია სიმულატორების ვალიდურობა.

მნიშვნელოვანია სწავლის მიზნებისა და შედეგების განსაზღვრა და შემდეგ იმის განსაზღვრა, სიმულაცია არის თუ არა შესაბამისი მეთოდი შედეგის მისაღწევად.

⁹ *Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee GD, Scalese RJ.* Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach* 2005; 27:10-28. [CrossRef][PubMed].

¹⁰ *Pinar G, Peksoy S.* Simulation-based learning in healthcare ethics education. *Creative Education* 2016; 7:131-8. [Cross-Ref].

¹¹ *Smith, A. B, Lammers, S. E.* The ethics of simulation. In: *Defining excellence in simulation programs.* Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2014. p. 592-596.

სტუდენტმა უნდა შეასრულოს თითოეული დავალება დაბალი დონის ტექნოლოგიებზე, სანამ ცოდნას მაღალი დონის ტექნოლოგიებზე გამოიყენებს.

სტანდარტიზებული პაციენტები - „სტანდარტიზებული/სიმულირებული“ პაციენტები არიან ინდივიდები, რომლებიც არიან გაწვრთნილნი კონკრეტული მდგომარეობის მქონე პაციენტის რეალურ მდგომარეობასთან. ისინი მზად არიან სტანდარტიზებულ და განმეორებად, უსაფრთხო და კონტროლირებად გარემოში წარმოაჩინონ გზა სწორი გადაწყვეტილების მისაღებად.

პაციენტები შეიძლება გამოიყენონ სტუდენტთა სწავლებისა და შეფასებისთვის, ისეთ საკითხებში, როგორცაა ანამნეზი/კონსულტაცია, ფიზიკური გამოკვლევა და სხვა კლინიკური უნარები სიმულაციურ კლინიკურ გარემოში. სტანდარტიზებული პაციენტები ასევე შეიძლება გამოიყენონ უკუკავშირის მისაცემად და სტუდენტის შესაფასებლად.

❖ რა ეთიკური მოსაზრებები არსებობს სტანდარტული პაციენტების გამოყენებისას?

აუცილებელია სტანდარტული პროცესის არსებობა სტანდარტული პაციენტების შერჩევის, დაქირავებისა და ანაზღაურებისათვის. მნიშვნელოვანია იმის დადგენა, თუ რატომ სურს პირს სტანდარტულ პაციენტად მუშაობა. იმიტომ რომ, მათ უნდათ სისტემის „გამოსწორება“? რაიმე ცუდი გამოცდილება ხომ არ ჰქონიათ? აქვთ თუ არა სტანდარტულ პაციენტებს წარსულში თავიანთი პირადი ისტორია, რომელმაც შესაძლოა ისინი შეუსაბამო გახადოს გარკვეული კლინიკური შემთხვევებისთვის? მნიშვნელოვანია განვიხილოთ ასევე ფსიქოლოგიური ზიანის საკითხი და როგორ ავიცილოთ ეს თავიდან?

სიმულაციური სწავლების პრაქტიკაში ხშირად მიმართავენ როლური თამაშის ვიდეოჩაწერას, რათა შემდგომ დეტალურად, ნაწილ-ნაწილ იქნეს განხილული ყველა ქმედება, ფრაზა, პაციენტთან დამოკიდებულება და ემპათია.

ყველაზე მნიშვნელოვანი კითხვაა: რა არის ჩანაწერის მიზანი? როგორ გამოიყენება ჩანაწერები? რამდენ ხანს და რა პარამეტრებში ინახება ჩანაწერები? ვის აქვს წვდომა ჩანაწერებზე?

ჩანაწერები უნდა ინახებოდეს აუცილებლად უსაფრთხო ადგილას.¹²

სტუდენტმა უნდა იცოდეს რომ მიმდინარეობს აუდიო/ვიდეოჩაწერა და წერილობით თანხმობას უნდა აცხადებდეს ამაზე წინასწარ. მან უნდა იცოდეს, თუ რატომ იწერება და როგორ იქნება გამოყენებული ეს ჩანაწერები. ასევე ჩაწერასა და ჩანაწერის გამოყენებაზე წინასწარ თანხმობა უნდა გააკეთოს სტანდარტულმა პაციენტმა.

შესაძლებელია ჩანაწერები გამოყენებული იყოს სტანდარტული პაციენტების სესიებისთვის, თუმცა უნდა იყოს წინასწარ შეთანხმებული ჩანაწერის რამდენჯერმე ნახვის შესახებ. ჩანაწერი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ვარჯიშისთვის, მრავალჯერადი გამოყენებისათვის. ასევე მითითებული უნდა იყოს ჩანაწერის განადგურების თარიღი. ზოგიერთი პროგრამა ინახავს ჩანაწერებს გარკვეული ვადით, ან ანადგურებს ჩანაწერს ნახვისთანავე და ამის შესახებაც წინასწარ უნდა ეცნობოს როგორც სტუდენტს, ასევე სტანდარტულ პაციენტს.¹³

გადაწყვეტილება ჩანაწერის შენახვის შესახებ უნდა ეფუძნებოდეს ჩანაწერის მიზანს. თუ ჩანაწერი ჩაწერილია რემედიაციის მიზნებისთვის, ეს ჩანაწერი შესაძლოა უფრო დიდი ხნით იყოს შენახული იურიდიული და ეთიკური საკითხების გამო.¹⁴

¹² *Tritrakarn P, Berg BW, Kasuya RT, Sakai DH. Medical school hotline: Can we use simulation to teach medical ethics? Hawaii J Med Public Health 2014;73:262-4. [PubMed].*

¹³ *Tritrakarn P, Berg BW, Kasuya RT, Sakai DH. Medical school hotline: Can we use simulation to teach medical ethics? Hawaii J Med Public Health 2014;73:262-4. [PubMed].*

¹⁴ *Tritrakarn P, Berg BW, Kasuya RT, Sakai DH. Medical school hotline: Can we use simulation to teach medical ethics? Hawaii J Med Public Health 2014;73:262-4. [PubMed].*

❖ რა ხდის სიმულაციას ამდენად უნიკალურს?

სწავლა მიმდინარეობს რეალურ, კლინიკურ გარემოში ან/და სიმულაციურ ცენტრებში.

ასევე, სიმულაცია ქმნის ხიდს დიდაქტიკასა და დაკვირვებით სწავლებას შორის კლინიკურ პრაქტიკაში. ის საშუალებას აძლევს მიზანმიმართულ პრაქტიკასა და სწავლის გამოცდილებას, რათა იყოს განმეორებითი. ასევე, ის საშუალებას აძლევს მოსწავლეებს განივითარონ ისეთი უნარ-ჩვევები, როგორცაა კომუნიკაცი

ის კომპეტენცია და სხვა არატექნიკური უნარები^{15, 16}

ჯანდაცვა კომპლექსური დარგია, ამიტომაც, გუნდური მუშაობა არის ძირითადი ელემენტი ჯანდაცვის სფეროში. გუნდური მუშაობა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც უნარი გუნდის წევრების ერთად ეფექტური კომუნიკაციისა, სადაც წინასწარ უნდა განისაზღვროს და დაკმაყოფილდეს კლინიკური ამოცანის მოთხოვნები. აღნიშნული სტანდარტული სიტუაცია შთააგონებს ნდობას, რაც გამოიწვევს კოორდინირებულ კოლექტიურ მოქმედებას¹⁷ და განაპირობებს პროფესიონალიზმს.

¹⁵ Pott, L. (2008). The invisible standardized patient. In R. R. Kyle & W. Murray (Eds.), *Clinical simulation: Operations, engineering and management* (pp. 379-383). New York: Elsevier, Inc.

¹⁶ Simulation: a new approach to teaching ethics. *Margaret Buxton, Julia C Phillippi, Michelle R Collins*, J Midwifery Womens Health. 2015 Jan-Feb;60(1):70-4.

doi: 10.1111/jmwh.12185. Epub 2014 Aug 20. PMID: 25141791.

¹⁷ Healthcare Simulations Code of Ethics. Code of Ethics Working group. Supported by SSH (Society for Simulation in Healthcare), published 2018, 12.02. ssih.org/Code-of-Ethics.

სამედიცინო შეცდომის გამო ექიმის პასუხისმგებლობის მოწესრიგება ქართული კანონმდებლობით

შოთა მახათაძე

ადვოკატი, ნექსია ჯორჯიას იურიდიული მომსახურების ხელმძღვანელი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დოქტორანტი

შესავალი

თანამედროვე ეპოქაში გამართული ჯანდაცვის სიტემის შექმნა სახელმწიფოს ერთ-ერთ ძირითად ვალდებულებას წარმოადგენს. ხელმისაწვდომობა ხარისხიან ჯანდაცვაზე ადამიანის ძირითად კონსტიტუციურ უფლებათა რანგშია აყვანილი.¹ ჯანდაცვის სისტემის განვითარება შეუძლებელია განხორციელდეს სამედიცინო სფეროს მომწესრიგებელი ადეკვატური კანონმდებლობის გარეშე. 1986 წლის ოტავას ქარტია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ აღიარებს კარგი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებისთვის სხვადასხვა სფეროს კოორდინირებული მოქმედების აუცილებლობას.

დღეს არსებული ქართული ჯანდაცვის სისტემა ჯერ კიდევ განვითარების ეტაპზეა და რეფორმირებას მრავალი მიმართულებით საჭიროებს. მათ შორის, მძიმედ დგას საკითხი სამედიცინო შეცდომების შედეგად დაზარალებული პაციენტების სათანადო დაკმაყოფილების თაობაზე. პაციენტისთვის არასათანადო მკურნა-

ლობის შედეგად მიყენებული ზიანი წარმოადგენს გლობალურ პრობლემას, რომელიც ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია პაციენტთა გარდაცვალების მიზეზთა შორის.² ჰარვარდის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის კვლევის მიხედვით, მსოფლიოში ყოველწლიურად სამედიცინო შეცდომების შედეგად 43 მილიონი ადამიანი ზარალდება, საიდანაც 17 მილიონი შემთხვევა - განვითარებულ, ხოლო 26 მილიონი კი განვითარებად ქვეყნებში ხდება. ამასთან, მაგალითად, აშშ-ში, სადაც მედიცინა საკმაოდ მაღალ დონეზეა განვითარებული, 2014 წელს სამედიცინო შეცდომები სიკვდილის გამომწვევ მიზეზთაგან მესამე ადგილას დასახელდა, გულ-სისხლძარღვთა და სიმსივნური დაავადებების შემდეგ.³

ზემოაღნიშნული მიზეზების გათვალისწინებით აქტუალურია ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელი საკანონმდებლო სისტემების კვლევა. ეფექტიან საკანონმდებლო სისტემაში დაზარალებულ პაციენტს უნდა შეეძლოს სამედიცინო შეცდომის შედეგად მიყენებული ზიანის დროული და სრული

¹ იხ. საქართველოს კონსტიტუცია, 28-ე მუხლი, 24/08/1995.
² Flott K., Fontana G., Darzi A., The global state of patient safety, London: Imperial College London, 2019, 2-4.

³ Makary M. A., Daniel M., Medical Error - The Third Leading Cause of Death in the US, British Medical Journal, Bmj, 2016, <<http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>> [26.11.2023].

ანაზღაურება. ასევე, კარგი საკანონმდებლო სისტემა მიმართული უნდა იყოს სამედიცინო შეცდომებისა და სამედიცინო დაწესებულებებში სისტემური ხარვეზების პრევენციისაკენ. საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს მომწესრიგებელი რეგულაციური დეფიციტი, ქართული ჯანდაცვის სისტემის განვითარების დაბალი დონე და სამედიცინო შეცდომების მომეტებული რისკი მოცემული საკითხის აქტუალობას, კიდევ უფრო ამძაფრებს.

წინამდებარე სტატიის მიზანია მიმოიხილოს სამედიცინო შეცდომის შედეგად წარმოშობილი ექიმის პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელი ქართული სამართლებრივი სისტემა და შეაფასოს მისი ეფექტიანობა. ქართულ რეალობაში შეცდომების მომეტებული რაოდენობა და სამედიცინო დავების ნაკლებობა ქმნის პრობლემის გაანალიზებისა და საკანონმდებლო რეგულაციის ოპტიმიზაციის გზების ძიების საჭიროებას. სტატიაში დოქტრინის, სასამართლო პრაქტიკის, ისტორიული და შედარებით-სამართლებრივი ანალიზის კვლევის მეთოდების საფუძველზე განხილულია სამედიცინო შეცდომის შედეგად წარმოშობილი ექიმის პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელი უცხოური და ქართული სამართლებრივი სისტემები და მათი ევოლუცია. სტატიაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა პაციენტისათვის დამდგარი ზიანის ანაზღაურების მექანიზმების მრავალფეროვნების საჭიროებასა და არსებული მექანიზმების ოპტიმიზაციის გზების ძიებას.

1. სამედიცინო შეცდომის არსი

სამედიცინო შეცდომის შედეგად წარმოშობილი ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხის შესწავლამდე საჭიროა, სწორად განისაზღვროს,

თუ რას გულისხმობს სამედიცინო შეცდომა. ლიტერატურაში არსებული განმარტების მიხედვით, სამედიცინო შეცდომა წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტისთვის არაჯეროვანი სამედიცინო დახმარების გაწევას, რაც შეიძლება გამოიხატოს სამედიცინო პერსონალის პროფესიულ გადაცდომაში, პროფესიული უნარ-ჩვევების ნაკლებობაში, არაეთიკური და არასწორი სამედიცინო პრაქტიკის განხორციელებაში და ა. შ.⁴ სხვა განმარტების მიხედვით, სამედიცინო შეცდომა არის ექიმის მიერ განხორციელებული მართლსაწინააღმდეგო ქმედება, რაც შეიძლება გამოიხატოს მკურნალობისას დაშვებულ შეცდომაში, არასწორ სამედიცინო კონსულტაციაში, არასწორ დიაგნოსტიკაში, პაციენტის უფლებების დარღვევაში და სხვა.⁵

დოქტრინაში სულ გამოყოფენ სამედიცინო შეცდომის შემდეგ სახეებს: არასწორი დიაგნოზი, არასწორი სამედიცინო ჩვენება და მკურნალობის არასწორი მეთოდის არჩევა, მკურნალობის არასწორად წარმართვა და მკურნალობის შემდგომი მეთვალყურეობის არასწორად გაწევა.⁶ გერმანულ კანონმდებლობაში სამედიცინო შეცდომას ასახავს ერთი ტერმინი - „ექიმის მიერ მკურნალობისას დაშვებული შეცდომა“, რომელიც თავის თავში მოიაზრებს საექიმო ყურადღებისა და მზრუნველობის მოვალეობის დარღვევას და არა უმედეგო მკურნალობას.⁷ გერმანული გაგებით „ექიმის მიერ მკურნალობისას დაშვებული შეცდომა“ გულისხმობს საექიმო სტანდარტებისგან გადახვევას ნეგატიური შედეგის გამოწვევით ან მკურნალობის

⁴ *Lederman J. J.*, Medical malpractice litigation - the doctors' dilemma, Canadian Medical Association Journal, 84, 1961, 104.

⁵ *კვაჭაძე მ., მანჯავიძე ი., კვანტალიანი ნ., მირზიკაშვილი ნ., გვენეტაძე ნ., აბურაშვილი გ.*, წიგნი პაციენტებისთვის „ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა“, გზამკვლევი, 2011, 118-120.

⁶ *ბიჭიაძე მ.*, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი, #2, 2021, 89.

⁷ *მოწონელიძე ნ.*, სამედიცინო შეცდომის დადგენის პრობლემატიკა ექიმის პასუხისმგებლობის განსაზღვრის დროს, საქართველოს უზენაესი სასამართლოსა და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაციის სამეცნიერო-პრაქტიკული იურიდიული ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“ #3, 2021, 107-108.

თავიდანვე არასწორად დაგეგმვას.⁸

საერთო სამართლის სისტემაში სამედიცინო შეცდომის ამსახველად გამოიყენება ტერმინი – არასწორი სამედიცინო პრაქტიკა (medical malpractice). იგი გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის მხრიდან პაციენტისადმი ზრუნვის მოვალეობის დარღვევას, რაც იწვევს პაციენტის ფიზიკური ან/და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესებას. არასწორ სამედიცინო პრაქტიკაში მოიაზრება მკურნალობის ის მეთოდები, რომლებიც თანხვედრაში არ მოდის დადგენილ სტანდარტებთან.⁹ აქვე აღსანიშნავია, რომ ტერმინი არასწორი პრაქტიკა (malpractice) გამოიყენება, არა მხოლოდ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლების მიერ დაშვებულ შეცდომებთან დაკავშირებით, არამედ ადვოკატების, ინჟინრების, არქიტექტორებისა და სხვა პროფესიული ჯგუფების მიმართ და გულისმობს პროფესიული მოვალეობის შესრულების დროს შესაბამისი სფეროს წარმომადგენლების მიერ თავიანთ სფეროში არსებული სწორი პრაქტიკისა და სტანდარტებისგან გადახვევას.¹⁰

რაც შეეხება ქართულ კანონმდებლობას, იგი არ იცნობს სამედიცინო შეცდომის ერთიან ტერმინს. სამედიცინო შეცდომის ამსახველი ტერმინები გაბნეულია სხვადასხვა აქტში და კანონმდებელი მას სხვადასხვაგვარად გამოხატავს, კერძოდ, „პროფესიული შეცდომა“¹¹, „სამედიცინო შეცდომა“¹², „სამედიცინო გადაცდომა“¹³, „მცდარი სამედიცინო ქმედება“¹⁴ და „საექიმო შეცდომა“.¹⁵ მიუხედავად ტერმინოლოგიური სხვაობისა, ყველა ტერმინი მეტ-ნაკლებად ერ-

თი და იმავე შინაარსის გამომხატველია.¹⁶ სამედიცინო შეცდომა მოიაზრებს გაუფრთხილებლობით ჩადენილ ქმედებას, რომელიც შეიძლება განახორციელოს, როგორც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმახორციელებელმა სუბიექტმა - ექიმმა, ისე სხვა სამედიცინო პერსონალმა ან თავად სამედიცინო დაწესებულებამ, როდესაც საქმე გვაქვს სამედიცინო დაწესებულების სისტემურ გაუმართაობასთან ან არასათანადო ტექნიკურ აღჭურვილობასთან ან სამეცნიერო ცოდნის არქონასთან. სამედიცინო შეცდომის დროს ადგილი აქვს მკურნალობისთვის დადგენილი სამედიცინო სტანდარტებიდან გადახვევას.

საქართველოს უზენაესმა სასამართლომ განმარტა, რომ ექიმის პასუხისმგებლობა შეიძლება დადგეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ის მკურნალობისას არ მიჰყვება დადგენილ სტანდარტს. ექიმი მხოლოდ მაშინ არის პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესებისთვის პასუხისმგებელი, როცა პაციენტისთვის მიყენებული ზიანი გამოიწვია მკურნალობისას დაშვებულმა შეცდომამ. საპატიოდ ვერ იქნება მიჩნეული შეცდომა, თუ ექიმმა რაიმე საკითხი ინდივიდუალურად არ იცის ან აღინიშნება პროფესიული კვალიფიკაციის ნაკლებობა. ამ შემთხვევაში მიიჩნევა, რომ ექიმი არღვევს პროფესიული გულისხმიერების მოვალეობას. ექიმი ვალდებულია იზრუნოს თავისი განათლებისა და კვალიფიკაციის მუდმივად ამაღლებისთვის და შეიძინოს

⁸ კვანტალიანი ა., მტკიცების ტვირთის ანალიზი სამედიცინო დავებში ქართული, ინგლისური და ამერიკის შეერთებული შტატების სამართლის მიხედვით, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, 2/2023, 2023, 48.

⁹ იქვე.

¹⁰ Lederman J. J., Medical malpractice litigation - the doctors' dilemma, Canadian Medical Association Journal, Vol. 84, 1961, 104.

¹¹ იხ. საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 97-ე, 08/06/2001.

¹² საქართველოს მთავრობის დადგენილება #177 „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ“, 2 „ჩ“ მუხლი, 14/05/2012.

¹³ საქართველოს მთავრობის დადგენილება #177 „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ“, 2 „ც“ მუხლი, 14/05/2012.

¹⁴ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მე-3 მუხლი, 10/12/1997.

¹⁵ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 05 მაისის განჩინება საქმეზე №1268-1526-09.

¹⁶ კვანტალიანი ა., მტკიცების ტვირთის ანალიზი სამედიცინო დავებში ქართული, ინგლისური და ამერიკის შეერთებული შტატების სამართლის მიხედვით, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, 2/2023, 2023, 47-48.

სამედიცინო მეცნიერების თანამედროვე ცოდნა.¹⁷ ექიმის პასუხისმგებლობის საფუძველი არის არა უბრალოდ მკურნალობის უარყოფითი შედეგი, არამედ თუ მას თან ერთვის სამედიცინო სტანდარტებიდან გადახვევა.¹⁸

2. სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების სამართლებრივი რეგულირების ადრეული სისტემები

ადამიანი, რომელიც ეუფლება გარკვეულ პროფესიას, იმთავითვე იღებს პასუხისმგებლობას პროფესიული მოვალეობა განახორციელოს შესაბამისი ხარისხის გონივრული ზრუნვისა და უნარ-ჩვევების საფუძველზე. აღნიშნულ პრინციპს იცნობდა სამართლის ძირითადი უძველესი სიტემები.¹⁹ ჯერ კიდევ ქრისტეს შობამდე 2030 წელს ხამურაბის კანონები შეიცავდა ექიმის საქმიანობისა და მისი პასუხისმგებლობის ფარგლების მომწესრიგებელ ნორმებს. მაგალითად, თუ ექიმი ადამიანს ბრინჯაოს ლანცეტით გაკვეთდა და ადამიანი გარდაიცვლებოდა, ან ლანცეტით თვალის აბსცესს გაუხსნიდა და ადამიანი თვალს დაკარგავდა, ექიმი ხელების მოჭრით ისჯებოდა.²⁰ როგორც ვხედავთ, ხამურაბის კანონები საკმაოდ მძიმედ სჯიდა ექიმს მის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომის შემთხვევაში. ექიმს ერჩივნა უარი ეთქვა მკურნალობაზე, თუ მისი აზრით მკურნალობას გარანტირებულად არ მოჰყვებოდა პაციენტის გამოჯანმრთელება.²¹ ექიმს ჯილდოს (გასამრჯელოს) მიღების უფლება ჰქონდა მხოლოდ მაშინ, თუ პაციენტს განკურნავდა. აქვე ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ექიმი ისჯებოდა მხოლოდ მის მიერ აქტიური მოქმედებით გამოწვეული პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანებისთვის და არა უმოქმედობისთვის. კონცეფცია,

რომ უმოქმედობამ (არასათანადო მკურნალობამ) შეიძლება გამოიწვიოს დაზიანება ან სიკვდილი, ჯერ კიდევ არ იყო განვითარებული იმდროინდელ სამართალში.²²

ბაბილონისგან განსხვავებით, უფრო განჭვრეტადი იყო ძველი ეგვიპტური რეგულაცია. ეგვიპტეში მკურნალობის ძირითადი წესები დაწერილი იყო წმინდა წიგნებში და მას საგულდაგულოდ იცავდნენ ქურუმები. ექიმი ვალდებული იყო მიჰყოლოდა მკურნალობის დაწერილ წესებს. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი დაწერილი მკურნალობის წესისგან გადაუხვევდა და პაციენტი გარდაიცვლებოდა, ექიმი თავის მოკვეთით ისჯებოდა. ბაბილონის კანონების მსგავსად, ეგვიპტური კანონი მკაცრი იყო ექიმის მიმართ, მაგრამ კანონის სანქცია გამოიყენებოდა მხოლოდ ნოვატორი ან ექსპერიმენტატორი ექიმის მიმართ, რომელმაც გადაუხვია დაწერილ მკურნალობის გზას და მისმა მეთოდმა არასასურველი შედეგები გამოიღო.²³

განსხვავებით ხამურაბის კოდექსისგან, რომელიც ფოკუსირებულია სამედიცინო შეცდომების სამართლებრივ შედეგებზე, ძველ საბერძნეთში ჰიპოკრატეს კრებული და განსაკუთრებით ჰიპოკრატეს ფიცი ადგენს ეთიკურ სტანდარტებს სამედიცინო პრაქტიკაში და მოითხოვს ექიმებისგან მაღალი ეთიკური სტანდარტების დაცვას. ჰიპოკრატეს კრებულის ავტორები სამედიცინო შეცდომის დაშვებისას დიდ მნიშვნელობას არ ანიჭებენ დასჯას. ჰიპოკრატეს კრებულის ავტორები ხაზს უსვამენ, რომ ზოგიერთი შეცდომა შეიძლება არ იყოს დაფუძნებული ექიმის ბრალზე და მას, უფრო მეტად, პროფესიული კუთხით განიხილავდნენ.²⁴ პლატონი თვლიდა, რომ თუ ექიმმა ყველაფერი გააკეთა პაციენტის სამკურნალოდ, მაგრამ პაციენტი ვერ გა-

¹⁷ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 05 მაისის განჩინება საქმეზე №1268-1526-09.

¹⁸ იქვე.

¹⁹ *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 339.

²⁰ The Code of Hammurabi, <<https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp>> [27.11.2023].

²¹ *Lederman J. J.*, Medical malpractice litigation - the doctors' dilemma, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 84, 1961, 101.

²² იქვე, 102.

²³ *Lederman J. J.*, Medical malpractice litigation - the doctors' dilemma, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 84, 1961, 102.

²⁴ *Papavramidou N., Voultos P.*, Medical malpractice cases in Hippocratic collection: A review and today's perspective, *Hippokratia*, Vol. 23, no. 3, 2019, 104.

მოჯანმრთელდა, ექიმს არ შეიძლებოდა დაკისრებოდა პასუხისმგებლობა.²⁵ არისტოტელემ ჩამოაყალიბა პოზიცია, რომ ექიმის სამედიცინო ცოდნის ადეკვატურობა და გამოყენებული მკურნალობის ეფექტურობა შეიძლება შეფასდეს მხოლოდ სხვა ექიმის მიერ. ექიმი ვალდებულია მიჰყვეს მკურნალობის სტანდარტებს, სხვა შემთხვევაში შესაძლოა დადგეს მისი პასუხისმგებლობის საფუძველი. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ არისტოტელე ზემოაღნიშნულ პოზიციას გამოხატავდა, უფრო მეტად, ფილოსოფიურ ჭრილში და არა როგორც იურიდიულ რეგულაციას.²⁶

მიუხედავად ჰიპოკრატეს კრებულის უდიდესი მნიშვნელობისა, ექიმის პასუხისმგებლობის სამართლებრივი რეგულირების კუთხით ძველი საბერძნეთი დიდად არ განსხვავდებოდა იმდროინდელი ცივილიზაციებისგან. მაგალითად, ძველ საბერძნეთში სამედიცინო პასუხისმგებლობისა და სამედიცინო შეცდომების შესახებ ცნობები გვხვდება დრაკონის (ძვ. წ. 621) და სოლონის (ძვ. წ. 639-559 წწ.) საკანონმდებლო ტექსტებში. აღნიშნული საკანონმდებლო აქტები ადგენს მკაცრ პასუხისმგებლობასა და სასჯელს იმ ექიმებისთვის, რომლებიც უშვებენ შეცდომას მკურნალობის დროს. მათ შორის დასაშვები იყო ექიმის სიკვდილით დასჯაც პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში.²⁷

სამედიცინო შეცდომის საფუძველზე ექიმის პასუხისმგებლობის დაკისრება უცხო არ იყო რომის სამართლისთვისაც. რომის სამართლის მიხედვით, ექიმს, შესაძლოა დაკისრებოდა, როგორც სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა, ისე დაზარალებული პაციენტისთვის ზიანის ანაზღაურების მოვალეობა.²⁸ ექიმის პასუხისმგებლობა დგებოდა თუ პაციენტის დამ-

ძიმება გამოწვეული იყო ექიმის უცოდინარობით, არასაკმარისი უნარ-ჩვევებისა თუ ზრუნვის მოვალეობის შეუსრულებლობის გამო.²⁹

რომის კანონმდებლობით დადგენილი სამედიცინო შეცდომის კონცეფცია განივრცო კონტინენტურ ევროპაში. შემოღებულ იქნა ზრუნვის მოვალეობის სტანდარტი, რომელსაც საზოგადოება სამართლიანად ელოდა სამედიცინო პრაქტიკოსისგან. ზრუნვის სტანდარტი გულისხმობს იმ ცოდნასა და უნარებს, რომლებიც შეიძლება მოსალოდნელი იყოს საშუალო პრაქტიკოსი ექიმისგან.³⁰ მართალია, საერთო სამართლის სისტემა პირდაპირ არ ემყარება რომის სამართლის სისტემას, მაგრამ საერთო სამართალიც იზიარებს რომის სამართალში დადგენილ ექიმის პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელ ძირითად მიდგომებს.³¹

ევროპაში ყველაზე ადრეული გადაწყვეტილება ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომის შესახებ თარიღდება 1374 წლით. ამ საქმეში სარჩელი აღიძრა ქირურგი ჯ. მორტის წინააღმდეგ. მოსარჩელის განმარტებით ქირურგის დაუდევრობის გამო, მოსარჩელეს ხელი ისე ჰქონდა დაზიანებული, რომ განკურნება უკვე შეუძლებელი იყო. მიუხედავად იმისა, რომ ქირურგმა თავი დააღწია პასუხისმგებლობას ფორმალურსამართლებრივი საფუძვლების გამო, სასამართლომ მკაფიოდ დაადგინა, რომ თუ დამტკიცდება მკურნალობისას ექიმის დაუდევრობა, მას დაეკისრება დამგარი ზიანის ანაზღაურების მოვალეობა.³²

ჩარლზ V-ის მეფობის დროს ინგლისში მიღებულ იქნა კანონი, რომელიც მოითხოვდა მედიცინის მუშაკთა აზრის ოფიციალურად გათვალისწინებას სასამართლო განხილვის დროს. ამ დროს კანონმდებლობის დონეზე შემოღებული

²⁵ Mandilara P., Galanacos S. P., Bablekos G., A History of Medical Liability: From Ancient Times to Today, Cureus, Vol. 15, no. 7, 2023, 4.

²⁶ იქვე.

²⁷ Mandilara P., Galanacos S. P., Bablekos G., A History of Medical Liability: From Ancient Times to Today, Cureus, Vol. 15, no. 7, 2023, 5.

²⁸ Treglia M., Pallocci M., Passalacqua P., Giammatteo J., De Luca L., Mauriello S., Cisterna A. M., Marsella, L.T., Medical

liability: review of a whole year of judgments of the Civil Court of Rome, International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 18, no. 11, 2021, 6019.

²⁹ Lederman J. J., Medical malpractice litigation - the doctors' dilemma, Canadian Medical Association Journal, Vol. 84, 1961, 102-103.

³⁰ იქვე, 103.

³¹ იქვე, 104.

³² იქვე, 104.

იქნა ზრუნვის მოვალეობის სტანდარტი, რომელიც ექიმს ავალდებულებს უმკურნალოს პაციენტს ამ სფეროში არსებული მკურნალობის სტანდარტების შესაბამისად.³³

საინტერესოა, რომ ძველი ქართული სამართლის ძეგლებიც შეიცავენ საექიმო საქმიანობის მარეგულირებელ ნორმებს. ზოგადად, ძველი ქართული სამართალი და, განსაკუთრებით, ძველი ქართული სამედიცინო სამართალი დღემდე ერთ-ერთ ყველაზე ნაკლებად შესწავლილ სფეროს წარმოადგენს. დღემდე შემონახულია ტრადიციული ქართული მედიცინის დამადასტურებელი ოთხი უმნიშვნელოვანესი ხელნაწერი – X საუკუნის ქანანელის „უსწორო კარაბადინი“, XIII საუკუნის ხოჯა ყოფილის „წიგნი საექიმო“, XVI საუკუნის დავით ბაგრატიონის „იადიგარ დაუდი“ და XV ს. ზაზა ფანასკერტელციციშვილის „სამკურნალო წიგნი - კარაბადინი“. ეს ძეგლები გვევლინებიან თავისი დროის შედეგებად და წარმოადგენენ იმის დასტურს, რომ საქართველოში მედიცინა დროის შესაბამისად იყო განვითარებული.³⁴ მიუხედავად მედიცინის საკმაო განვითარებისა, ძველი ქართული სამართლის ძეგლებში, ძირითადად, ვერ ვხვდებით ჩანაწერებს ექიმის პასუხისმგებლობის რეგულირების თაობაზე.

თუმცა ძალიან საინტერესო ჩანაწერს ვხვდებით ვახტანგ VI-ის სამართლის წიგნთა კრებულის სომხური სამართლის წიგნის 385-ე თავში, რომლის მიხედვითაც, თუ ექიმი წამლის გამოცდით, უცოდინარობით, არასწორი წამლის მიცემით, არასწორის დიაგნოზის დასმით, შეგირდისთვის არასწორად სწავლებით ან საექიმო ანაზღაურების მიუღებლობის გამო პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას გააუარესებს, მას დაეკისრება ისეთივე პასუხისმგებლობა, როგორიც დაეკისრებოდა სხვისი ჯანმრთელობის გა-

ნზრახ დაზიანებისთვის. აღნიშნული ჩანაწერი ექიმის პასუხისმგებლობას აყენებს პაციენტისათვის, როგორც განზრახ, ისე გაუფრთხილებლობით მიყენებული ზიანის შემთხვევაში. სომხური სამართლის ვახტანგ VI-ისეული ვერსიის მიხედვით, ექიმის ვალდებულება იყო, ჰქონოდა სათანადო ცოდნა, რათა სწორად ემკურნალა პაციენტისთვის. არასაკმარისი კვალიფიკაცია შეიძლებოდა გამხდარიყო ექიმისთვის პასუხისმგებლობის დაკისრების საფუძველი. თუმცა ექიმის პასუხისმგებლობა დგებოდა მხოლოდ მაშინ, თუ მისი ქმედებით პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამძიმდებოდა („ჭირზედ სხვას ჭირს დაუმატებენ“). ექიმის პასუხისმგებლობა არ დგებოდა იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი კეთილსინდისიერად მკურნალობდა („მართალი გულით სწამლობდა“) ან წამალმა ვერ უშველა პაციენტს („არ შეხუდეს ექიმისაგან წამალი“) და ვერ მოხდა პაციენტის გამოჯანმრთელება. აღნიშნული მოწესრიგება, პრინციპში, ახლოს დგას თანამედროვე ქართულ სამართალში არსებულ მიდგომასთან.

მართალია, ვახტანგ VI-ის სამართლის წიგნთა კრებულის სომხური სამართლის 385-ე თავის მსგავსი შინაარსის მქონე ნორმას არ შეიცავს უშუალოდ ვახტანგ VI-ის სამართლის წიგნი, მაგრამ ვახტანგ VI-ის სამართლის წიგნთან ერთად სხვა წიგნებს, მათ შორის, უცხოური სამართლის წიგნებსაც იყენებდა მოსამართლე გადაწყვეტილების მიღების დროს. ამ წიგნებს ჰქონდათ სუბსიდიური ხასიათი. თუ კონკრეტული შემთხვევა მოწესრიგებული არ იყო ვახტანგ VI-ის სამართლის წიგნით, მაშინ მოსამართლე იყენებდა კრებულის სხვა წიგნებს.³⁵ შესაბამისად, კრებულის სომხური სამართლის 385-ე თავი წარმოადგენდა მოქმედ კანონს მე-18 საუკუნის საქართველოში.

³³ *Bal B. S., An introduction to medical malpractice in the United States, Clinical orthopaedics and related research, Vol. 467, 2009, 339.*

³⁴ *ხელაია ნ., ოთხი ქართული სამედიცინო ხელნაწერი, XVI-XVIII სს, თბილისი, 2009, 3-4.*

³⁵ ვახტანგ VI-ის სამართლის წიგნთა კრებულის, როგორც მოქმედი კანონის შესახებ ვრცლად იხ. *დოლიძე ი., ქართული სამართლის ძეგლები, ტომი I, ვახტანგ VI-ის სამართლის წიგნთა კრებული, თბილისი, 1963, 637-662.*

3. თანამედროვე სამართლის სისტემები ექიმის პასუხისმგებლობაზე

3.1. ექიმის პასუხისმგებლობა ინგლისურ სამართალში

თანამედროვე ეპოქაში ექიმის პროფესიული შეცდომის ზოგადი კონცეფცია ინგლისურ იურიდიულ დოქტრინაში მე-17 საუკუნის დასაწყისიდან ჩნდება. 1768 წელს სერ უილიამ ბლექსტონმა თავის ცნობილ ნაშრომში „ინგლისის კანონების კომენტარები“ შემოიღო *mal praxis* ცნება, რომელსაც ინგლისურ ენაზე დღეს იცნობენ ტერმინით - *malpractice*.³⁶ დღეს ტერმინი *malpractice* გამოიყენება არამხოლოდ ექიმის მიერ მკურნალობისას დაშვებული შეცდომის აღსანიშნავად, არამედ მასში მოიაზრება ნებისმიერი პროფესიის მქონე პირის მიერ პროფესიული ვალდებულების არაჯეროვანი განხორციელება.³⁷ ექიმის პასუხისმგებლობა არ შემოიფარგლება მხოლოდ სამოქალაქო წესით ზიანის ანაზღაურების მოვალეობით. ექიმს შეიძლება დაეკისროს, როგორც დისციპლინური, ისე სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა მის მიერ დაშვებული შეცდომის გამო. ამასთან, პასუხისმგებლობის დაკისრება შეიძლება მოხდეს პარალელურად და ერთი სამედიცინო შეცდომის გამო შეიძლება დადგეს ექიმის, როგორც სამოქალაქო, ისე სისხლისსამართლებრივი და დისციპლინური პასუხისმგებლობა.³⁸

ექიმის პასუხისმგებლობა დგება მის მიერ ზრუნვის ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში. ზრუნვის ვალდებულების ფარგლები განი-

საზღვრება შესაბამისი სამედიცინო კვალიფიკაციის მქონე პირის ან ორგანოს დასკვნის საფუძველზე, რომელიც ადგენს ექიმის მიერ გაწეული მკურნალობის დროს მოქმედ სამედიცინო მომსახურების სტანდარტულ პრაქტიკას.³⁹ ექიმში პასუხს აგებს მის მიერ გაუფრთხილებლობით განხორციელებული არასწორი მკურნალობის გამო დამდგარი ზიანისთვის.⁴⁰ დაზარალებული პაციენტი უფლებამოსილია მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს დამდგარი ზიანის ანაზღაურება.⁴¹ ამერიკული სასამართლო სისტემისგან განსხვავებით, ბრიტანულ სასამართლოში სამედიცინო შეცდომის შედეგად დავა, რომელიც წარმოიშობა დამდგარი ზიანის ანაზღაურების თაობაზე, როგორც წესი განსახილველად არ გადაეცემა ნაფიც მსაჯულებს და მას განიხილავს სასამართლო.⁴²

ინგლისში პაციენტებს საშუალება აქვთ იდავონ სასამართლოში და მიიღონ სრული კომპენსაცია დამდგარი ზიანის გამო ან მიმართონ ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურს (National Health Service), რომელიც უზრუნველყოფს დაზარალებული პაციენტის მკურნალობას მის გამოჯანმრთელებამდე. სასამართლო დავისგან განსხვავებით, ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურისთვის მიმართვის შემთხვევაში, პაციენტს არ სჭირდება დაამტკიცოს ექიმის ბრალეულობა და კაუზალური კავშირი ექიმის ქმედებასა და ზიანს შორის. პაციენტის პრეტენზიის დაკმაყოფილება ხდება ექიმის ბრალის მიუხედავად.⁴³ ამავდროულად, ინგლისში ექიმების უმრავლესობა დაზღვეულია ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურში, რომელიც სასამართლო დავის შემთხვევაში

³⁶ *Treglia M., Pallocci M., Passalacqua P., Giammatteo J., De Luca L., Mauriello S., Cisterna A. M., Marsella, L.T.*, Medical liability: review of a whole year of judgments of the Civil Court of Rome, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18, no. 11, 2021, 6019-6020.

³⁷ *Hinson K. M., Morris J. E., Bauman J. C.*, Professional Liability, *SMUL Rev.*, Vol. 63, 2010, 730.

³⁸ *Mandilara P., Galanakos S. P., Bablekos G.*, A History of Medical Liability: From Ancient Times to Today, *Cureus*, Vol. 15, no. 7, 2023, 6.

³⁹ *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 345.

⁴⁰ *Hodgson J.*, Medical malpractice: an overview of the English position, *Annals Health L.*, Vol. 3, 1994, 225-226.

⁴¹ *Quam L., Fenn P., Dingwall R.*, Medical malpractice in perspective, II--The implications for Britain, *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, Vol. 294, no. 6587, 1987, 1597-1599.

⁴² *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 345.

⁴³ *Grubb A.*, A Survey of Medical Malpractice Law in England: Crisis-What Crisis, *J. Contemp, Health L. & Pol'y*, Vol. 1, 1985, 76-77.

უზრუნველყოფს ექიმის პოზიციის დაცვას სასამართლოში. ექიმს აღარ სჭირდება თვითონ მიიღოს მონაწილეობა სასამართლოში ან დაიქირავოს მაღალანაზღაურებადი ადვოკატი თავისი ინტერესების დასაცავად. ამავდროულად ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის ექიმები არ არიან პიროვნულად პასუხისმგებლები დამდგარი ზიანისთვის. ზიანის ანაზღაურებას ახორციელებს თავად სამსახური სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.⁴⁴ სწორედ ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის მიერ ექიმის ბრალის გარეშე პაციენტის დაკმაყოფილების სისტემა აკომპენსირებს სასამართლოში დაზარალებული პაციენტის წარმატების დაბალ პროცენტულ მაჩვენებელს, რომელიც არ აღემატება სარჩელების 30-40%-ს.⁴⁵

3.2. ექიმის პასუხისმგებლობა აშშ-ის სამართალში

ინგლისის მსგავსად აშშ-შიც სამედიცინო დავებს განიხილავს სასამართლო. ამერიკის ყველა შტატს სამედიცინო დავების სპეციფიკური რეგულირება აქვს, თუმცა ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ სასამართლოში დაზარალებულ პაციენტს წარმატების მისაღწევად სჭირდება დაამტკიცოს, რომ მან რეალურად განიცადა ზიანი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწვანება საკუთარი მოქმედებით ან უმოქმედობით გამოიწვია და ამ მომსახურების გამწვანებით გაუფრთხილებლობით, რაც გამოიხატება ზრუნვის მოვალეობის დარღვევაში, რომელიც საშუალო დონის ექიმს გააჩნია.⁴⁶ გარდა მძიმე მტკიცების ტვირთისა, დაზარალებული პაციენტების დამატებით დამაბრკოლებელ გარემოებას წარმოადგენს სასამართლო ხარჯების ოდენობა და დავის ხანგრძლივობა. საშუა-

ლოდ სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების თაობაზე სასამართლო დავის წარმოების ღირებულება შეადგენს 100 000 აშშ დოლარს, რომელიც დავის წარმატებლად დასრულების შემთხვევაში მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება დაზარალებულ პაციენტს.⁴⁷

მიუხედავად სასამართლო წარმოების სიძვირისა, აშშ-ში სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების საკითხი გააქტიურდა 1960-იანი წლებიდან, როდესაც მასობრივად დაიწყო სარჩელების შეტანა სასამართლოში. მას შემდეგ, ყოველიურად იზრდება პაციენტების რიცხვი, რომლებიც მიმართავენ სასამართლოს ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნით.⁴⁸ გაზრდილი სასამართლო დავების ფონზე ექიმების უმეტესობას დაზღვეული აქვს პროფესიული პასუხისმგებლობა. დაზღვევის ღირებულება განსხვავებულია შტატებისა და რეგიონების მიხედვით, სადაც ექიმი საქმიანობს. მაგალითად, ნიუ ორკის შტატის ექიმის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევის პრემია 2009 წელს მერყეობდა 33 000 აშშ დოლარიდან 178 000 აშშ დოლარის ფარგლებში, მაშინ როდესაც კოლორადოს შტატში იმავე სადაზღვევო პაკეტზე პრემიის ღირებულება ზემოაღნიშნული თანხის მესამედს შეადგენდა.⁴⁹ მაღალი სადაზღვევო პრემია, თავის მხრივ, იწვევს სამედიცინო მომსახურების სიძვირეს და მას ნაკლებად ხელმისაწვდომს ხდის მოსახლეობისთვის. აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა დგას გამოწვევის წინაშე, კერძოდ, დაზარალებული პაციენტებისთვის გადასახდელი მორალური ზიანის კომპენსაცია მუდმივად ზრდადია, რის გამოც შტატების ნაწილში უკვე განხორციელდა დელიქტური სამართლის რეფორმა. რეფორმის ფარგლებში, მაგალითად, შემცირდა თანხის

⁴⁴ *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, Clinical orthopaedics and related research, Vol. 467, 2009, 345.

⁴⁵ *Grubb A.*, A Survey of Medical Malpractice Law in England: Crisis-What Crisis, J. Contemp, Health L. & Pol'y, Vol. 1, 1985, 78-79.

⁴⁶ *Kessler D. P.*, Evaluating the medical malpractice system and options for reform, Journal of Economic Perspectives, Vol. 25, no. 2, 2011, 94.

⁴⁷ *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, Clinical orthopaedics and related research, Vol. 467, 2009, 344.

⁴⁸ *Quam L., Fenn P., Dingwall R.*, Medical malpractice in perspective, II--The implications for Britain, British Medical Journal (Clinical research ed.), Vol. 294, no. 6587, 1987, 1529.

⁴⁹ *Kessler D. P.*, Evaluating the medical malpractice system and options for reform, Journal of Economic Perspectives, Vol. 25, no. 2, 2011, 94.

ოდენობა, რომელიც შეიძლება ადვოკატმა სასამართლოს მეშვეობით მოითხოვოს წაგებული მხარისგან, შემცირდა სასარჩელო ხანდაზმულობის ვადები და სხვა,⁵⁰ რათა სამედიცინო პერსონალს შედარებით ნაკლები ფინანსური ტვირთი დააწვეს.

3.3. ექიმის პასუხისმგებლობა ფრანგულ სამართალში

2002 წლამდე ფრანგული სამართლის სისტემა ექიმი პასუხისმგებლობის თაობაზე აშშ-ის მსგავსი იყო. დაზარალებული პაციენტი უფლებამოსილი იყო სარჩელით მიემართა სასამართლოსთვის და მოეთხოვა ექიმის ქმედების შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურება. საფრანგეთში ძვირადღირებული, დროში გაწელილი და ნაკლებად პერსპექტიული სასამართლო დავის გარდა, პაციენტს არ ჰქონდა საშუალება ანაზღაურება სხვა გზით მიეღო.⁵¹ ექიმის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომა განიხილებოდა, როგორც პაციენტთან გაფორმებული ხელშეკრულების დარღვევა, რომელსაც საფუძველი დაედო საფრანგეთის საკასაციო სასამართლოს გადაწყვეტილებით Mercier-ის საქმეში.⁵²

ფრანგულ კანონმდებლობაში 2002 წელს განხორციელებულმა ცვლილებებმა დაზარალებულ პაციენტებს მისცა შესაძლებლობა მიიღონ კომპენსაცია ექიმის ბრალის არსებობის მიუხედავად. კერძოდ, რეფორმის შედეგად დაზარალებულ პაციენტს უფლება აქვს საჩივრით მიმართოს მუნიციპალური მთავრობის მიერ ჩამოყალიბებულ საჩივრის განმხილველ საბჭოს. პაციენტისათვის გასაცემი ანაზღაურება გაიცემა სამედიცინო შემთხვევების კომპენსაციის ეროვნული ფონდიდან, რომელიც თავის მხრივ ივსება ექიმებისა და საავადმყოფოების სადაზღვე-

ვო პრემიებით ან ზოგადი ფონდის შემოსავლებიდან. აღნიშნული კომპენსაციის სქემა მსგავსია ტერორიზმისა და დანაშულის მსხვერპლთა კომპენსაციის სქემისა.⁵³ სქემა წარმოადგენს ეროვნული სოლიდარობის ფონდის ნაწილს, რომლის ფარგლებშიც ხდება სამედიცინო რისკებისა და საავადმყოფოში შეძენილი ინფექციების შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურება.⁵⁴ ანაზღაურების გაცემა ხდება როგორც სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის დროს, ისე სამედიცინო დაწესებულების ბრალის არ არსებობისას. თუმცა, თუ ანაზღაურების ოდენობა არ არის დამაკმაყოფილებელი, პაციენტს უფლება აქვს იდავოს სასამართლოში ექიმის წინააღმდეგ.⁵⁵ ფონდში ანაზღაურების პროცედურა უფრო მარტივი და მოკლევადიანია, მაგრამ სასამართლო, როგორც წესი, კომპენსაციის უფრო დიდ ოდენობას ადგენს, ვიდრე ფონდი.⁵⁶

3.4. ექიმის პასუხისმგებლობა გერმანულ სამართალში

გერმანია წარმოადგენს მსოფლიოში მასობრივი ჯანდაცვის დაფარვის უძველეს სისტემას. აღნიშნული სისტემა სათავეს იღებს 1880-იან წლებში ოტო ფონ ბისმარკის ერთ-ერთი სოციალური რეფორმიდან, რომელმაც ჩამოაყალიბა მუშაკებისთვის კანონით დადგენილი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდების სისტემა (Gesetzliche Krankenkassen). იგი ფინანსდებოდა, ნაწილობრივ დამსაქმებლის მიერ და ნაწილობრივ მუშაკთა ხელფასიდან გამოქვითვების გზით. მომდევნო წლებში სისტემა გავრცელდა საზოგადოების სხვა ფენებზეც და დღესდღეობით პრაქტიკულად ყველა მოქალაქეს აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა გერმანიაში.⁵⁷

⁵⁰ Bal B. S., An introduction to medical malpractice in the United States, Clinical orthopaedics and related research, Vol. 467, 2009, 344-345.

⁵¹ იქვე, 346.

⁵² G'Sell-Macrez F., Medical malpractice and compensation in France: Part I: the French rules of medical liability since the patients' rights law of march 4, 2002, Chi.-Kent L. Rev., Vol. 86, 2011, 1096.

⁵³ Helleringer G., Medical malpractice and compensation in France: part II: compensation based on national solidarity. Chi.-Kent L. Rev., Vol. 86, 2011, 1125.

⁵⁴ იქვე, 1126-1128.

⁵⁵ იქვე, 1133-1134.

⁵⁶ იქვე, 1136-1138.

⁵⁷ Stauch M. S., Medical malpractice and compensation in Germany, Chi.-Kent L. Rev., Vol. 86, 2011, 1139.

საფრანგეთის მსგავსად გერმანიაშიც არსებობს სამედიცინო დავების განხილვის ალტერნატიული მექანიზმები. გერმანიაში სამედიცინო შეცდომების შესახებ საჩივრები გადაეცემა მედიაციის საბჭოებსა და ექსპერტთა პანელებს, რომლებიც შედგება ექიმებისგან.⁵⁸ პაციენტს შეუძლია უარი თქვას მედიაციის შედეგზე და მიმართოს სასამართლოს კომპენსაციის მისაღებად.⁵⁹ სასამართლოსთვის მიმართვის შემთხვევაში, პაციენტს აქვს შესაძლებლობა იდავოს, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების დარღვევის გამო ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნით, ისე დელიქტური სარჩელით. ორივე შემთხვევაში, პაციენტის მტკიცების საგანს წარმოადგენს ექიმის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომა და ამ შეცდომის კაუზალური კავშირი დამდგარ ზიანთან.⁶⁰ დაზარალებული პაციენტების დავების სასამართლოში წარუმატებლობა მეტწილად გამოწვეულია პაციენტის მიერ მტკიცების ტვირთის ვერ ზიდვისა და ზემოაღნიშნული წინაპირობების დაუმტკიცებლობის გამო.⁶¹

გერმანიის მსგავსად შვედეთს, ფინეთს, დანიასა და ნორვეგიას გააჩნიათ სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების სასამართლოსგარე, ალტერნატიული მექანიზმები, რომლებიც შექმნილია იმისთვის, რომ კომპენსაცია გადაუხადონ დაზარალებულ პაციენტებს. ეს სისტემები იძლევა საშუალებას ანაზღაურდეს, როგორც ექიმის შეცდომით დამდგარი ზიანი, ისე ის ზიანი, რომელიც გამოწვეულია სამედიცინო აპარატურისა თუ აღჭურვილობის დეფექტურობით, მკურნალობის დროს დაინფიცირებითა და სხვა სამედიცინო რისკების პრაქტიკული რეალიზაციით, როდესაც არ იკვეთება ექიმის ბრალეულობა.⁶² ასევე, ავსტრიაში მოსახლეობის 99% არის სოციალური და-

ზღვევის ბენეფიციარი, რომლითაც ხდება თითქმის ყველა საჭირო სამედიცინო პროცედურის დაფინანსება.⁶³ თავის მხრივ, 2010 წლიდან ყველა ექიმი ვალდებულია დაზღვეული ჰქონდეს პროფესიული პასუხისმგებლობა არანაკლებ 2 მილიონი ევროს ფარგლებში, რომლითაც მოხდება დამდგარი ზიანის ანაზღაურება.⁶⁴

4. ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელი კანონმდებლობა საქართველოში

ქართული კანონმდებლობის მიხედვით, ექიმის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომა შეიძლება გახდეს ექიმის, როგორც სამოქალაქო-სამართლებრივი, ისე სისხლისსამართლებრივი და დისციპლინური პასუხისმგებლობის საფუძველი. აღნიშნული წარმოებები არ არის ურთიერთგამომრიცხავი და შეიძლება განხორციელდეს ერთმანეთის პარალელურად. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 104-ე მუხლის მიხედვით, „პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს ექიმს, ექთანს, მედიცინის სხვა მუშაკს ან სამედიცინო დაწესებულებას უჩივლოს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციაში, ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოში, სასამართლოში, ან დავის გამრჩევ სხვა ორგანოში.“

კანონი გამოყოფს პირთა წრეს, ვისაც შეუძლია შეიტანოს საჩივარი სამედიცინო პერსონალის ან დაწესებულების წინააღმდეგ და მასში მოაიზრებს პაციენტის ნათესავსაც. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 3 „ს“ მუხლის თანახმად, პაციენტის ნათესავი არის „პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედ-

⁵⁸ *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 344.

⁵⁹ *Jost T. S.*, Schlichtungsstellen and Gutachterkommissionen: The German approach to extrajudicial malpractice claims resolution, *Ohio St. J. on Disp. Resol.*, Vol. 11, 1996, 91-93.

⁶⁰ *Stauch M. S.*, Medical malpractice and compensation in Germany, *Chi.-Kent L. Rev.*, Vol. 86, 2011, 1152.

⁶¹ *Cek N.*, The Standards of Proof in Medical Malpractice Cases, *Medicine, Law & Society*, Vol. 13, no. 2, 2020, 184-185.

⁶² *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 346.

⁶³ *Koch B.A.*, Medical malpractice in Austria, *Chi.-Kent L. Rev.*, Vol. 86, 2011, 1028.

⁶⁴ იქვე, 1029.

ვით, აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტის სამედიცინო დახმარების აღმორჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში.“ პაციენტის ნათესავის იდენტურ განმარტებას გვაძლევს „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი. აღნიშნული დეფინიცია საკმაოდ ბუნდოვანია და მითითებას აკეთებს სხვა საკანონმდებლო აქტებზე. პაციენტის ნათესავთა წრის ჩამონათვალს გვაძლევს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, რომელიც პაციენტის ნათესავად განსაზღვრავს პაციენტის მშობელს, შვილს, მეუღლეს, და-ძმას, პაპას, ბებიას, შვილიშვილს ან/და საქართველოს სამოქალაქო კოდექსით განსაზღვრულ სხვა აღმავალი და დადმავალი ხაზის ნათესავს, ან პაციენტთან მუდმივად მცხოვრებ პირს. ნათესავს, რა თქმა უნდა, სათანადო უფლებამოსილების გარეშე არ შეუძლია პაციენტის სახელით იდავოს სასამართლოში, მაგრამ მას უფლება აქვს დაიწყოს ექიმის მიმართ სისხლისსამართლებრივი და დისციპლინური საქმის წარმოება.

4.1. ექიმის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა

სისხლის სამართლის კოდექსით უშუალოდ არის დადგენილი ექიმის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა დანაშაულთა მთელ რიგ შემთხვევებში. მაგალითად, ექიმი პასუხს აგებს ავადმყოფის განსაცდელში მიტოვებისთ-

ვის, რაც გულისხმობს ექიმის მიერ, სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფისათვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების არასაპატიო მიზეზით გაუწევლობას,⁶⁵ უკანონო აბორტისთვის,⁶⁶ წინასწარი თანხმობის გარეშე პირისთვის რეპროდუქციის უნარის მოშლისთვის,⁶⁷ დადგენილი წესების დარღვევით გენეტიკური მანიპულაციისთვის,⁶⁸ შიდსის⁶⁹ ან სხვა განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადებების შეყრის საფრთხის შექმნისთვის ან შეყრისთვის⁷⁰ და სხვ. აღნიშნული დანაშაულების ჩადენა ხდება ექიმის განზრახი მოქმედებით ან გაუფრთხილებლობის მაღალი ხარისხითა⁷¹ და ზრუნვის მოვალეობის უხეში დარღვევით.

გარდა ზემოაღნიშნული კონკრეტული დანაშაულებისა, დღეს მოქმედი სისხლის სამართლის კანონმდებლობა იძლევა შესაძლებლობას, რომ ნებისმიერი საექიმო შეცდომა დაკვალიფიცირდეს სისხლის სამართლის დანაშაულად, კერძოდ, გაუფრთხილებლობით სიცოცხლის მოსპობად ან გაუფრთხილებლობით ჯანმრთელობის ნაკლებად მძიმე ან მძიმე დაზიანებად.⁷² სისხლის სამართლის კოდექსი არ ითვალისწინებს ექიმის პასუხისმგებლობის გამომრიცხავ გარემოებას და თუ მის მიერ მკურნალობისას დაშვებულ შეცდომას მოჰყვა პაციენტის გარდაცვალება ექიმს შესაძლოა დაეკისროს სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა. პასუხისმგებლობა შეიძლება დაეკისროს როგორც ექიმს, ისე სხვა სამედიცინო პერსონალს.⁷³

⁶⁵ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 130-ე მუხლი, 22/07/1999.

⁶⁶ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 133-ე მუხლი, 22/07/1999.

⁶⁷ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 133¹-ე მუხლი, 22/07/1999.

⁶⁸ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 136-ე მუხლი, 22/07/1999.

⁶⁹ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 131-ე მუხლი, 22/07/1999.

⁷⁰ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 132-ე მუხლი, 22/07/1999.

⁷¹ იხ. *ლეკვეიშვილი მ., თოდუა ნ., მამულაშვილი გ.*, სისხლის სამართლის კერძო ნაწილი, წიგნი I, მეოთხე გამოცემა, თბილისი, 2011, 144-147.

⁷² უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს პრაქტიკის შესწავლის შედეგად არ იქნა გამოკვეთილი ექიმისთვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის დაკისრების შემთხვევა, როდესაც ექიმის შეცდომას არ მოჰყვა პაციენტის გარდაცვალება და გამოიწვია მხოლოდ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაზიანება.

⁷³ მაგალითად, ექთანს დაეკისრა პასუხისმგებლობა, პაციენტის სიცოცხლის გაუფრთხილებლობით მოსპობის ბრალდებით. საქმის მასალების მიხედვით, ექთანმა პაციენტს შეცდომით ინექციით სხვა წამალი გაუკეთა, რის გამოც პაციენტი გარდაიცვალა. იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სისხლის სამართლის საქმეთა პალატის 2013 წლის 11 მარტის განჩინება საქმეზე №361აპ-12;

საერთო სასამართლოების პრაქტიკაში არსებობს არაერთი შემთხვევა, როდესაც ექიმს დაეკისრა პასუხისმგებლობა მის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომის შედეგად პაციენტის გარდაცვალების გამო. მაგალითად, მცხეთის რაიონული სასამართლოს 2019 წლის 26 ივლისის განაჩენით, ექიმს დაეკისრა სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა სსკ-ის 116-ე მუხლის საფუძველზე და 3 წლის ვადით ჩამოერთვა სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლებამოსილება. საქმის ფაქტობრივი გარემოებები მდგომარეობდა შემდეგში: პაციენტმა იმშობიარა და შეეძინა მამრობითი სქესის ნაყოფი. მშობიარობიდან მცირე ხანში პაციენტს განუვითარდა სეფსისი, თუმცა, ექიმის მხრიდან დროულად არ მოხდა სწორი დიაგნოზის დასმა და მკურნალობის დაწყება. დაგვიანებული მკურნალობის გამო პაციენტი გარდაიცვალა. ამ საქმეზე აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ სეფსისი გამოწვეული იყო თავად პაციენტის პათოლოგიური მდგომარეობითაც და სასამართლოში ექსპერტების მიერ მიცემული ჩვენებით, დროული მკურნალობის შედეგად მხოლოდ გაიზრდებოდა პაციენტის გადარჩენის შანსი, თუმცა კატეგორიულად შეუძლებელი იყო თქმა, რომ მკურნალობას ნამდვილად დადებითი ეფექტი ექნებოდა.⁷⁴

სხვა საქმეში, ასევე, ექიმი დაისაჯა სხვისი სიცოცხლის გაუფრთხილებლობით მოსპობისთვის.⁷⁵ საქმის მასალების მიხედვით, 2013 წლის 07 იანვარს პაციენტს ჩაუტარდა საკეისრო კვეთა ექიმის მიერ, შეეძინა მამრობითი სქესის ახალშობილი და 2013 წლის 10 იანვარს გაწერეს სახლში. რამდენიმე დღეში გაუარესდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და

მან მიმართა ექიმს, რომელმაც გაუწია კონსულტაცია და ჩაუტარა გარკვეული პროცედურები. ზემოაღნიშნულის დროს ექიმმა არ მოახდინა პაციენტის ავადმყოფური მდგომარეობის შეფასება და სათანადო მკურნალობის ჩატარება, რის გამოც კიდევ უფრო გაუარესდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და 2013 წლის 25 იანვარს პაციენტი გარდაიცვალა. აღნიშნული საქმე საინტერესოა იმ კუთხით, რომ დაცვის მხარის პოზიციით პაციენტმა რამდენჯერმე განაცხადა უარი მკურნალობაზე უსახსრობის გამო და ნებართვის გარეშე დატოვა კლინიკა. ასევე, საქმეში არ იყო დადგენილი სათანადო მკურნალობის შედეგად შესაძლებელი იყო თუ არა პაციენტის გადარჩენა. მიუხედავად სადავო კაუზალური კავშირისა და პაციენტის თანაბრალეულობისა, ქუთაისის საქალაქო სასამართლოს გამამტყუნებელი განაჩენი ძალაში დარჩა სამივე ინსტანციის სასამართლოში,⁷⁶ მაშინ როდესაც სხვა საქმეში ექიმს არ დაეკისრა პასუხისმგებლობა, ვინაიდან ვერ იქნა დადგენილი სწორი მკურნალობის შედეგად შეიძლებოდა თუ არა პაციენტის გადარჩენა.⁷⁷

სასამართლო პრაქტიკის ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ არც თუ იშვიათად დგება ექიმის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა მის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომის გამო. მაგრამ, სასამართლოების მიდგომა არ არის ერთგვაროვანი და ხშირად ექიმის პასუხისმგებლობა დგება ისე, რომ არ არის დადგენილი ექიმის მიერ დიაგნოზის სწორად დასმისა და სწორი მკურნალობის შემთხვევაში რამდენად ექნებოდა პაციენტს გადარჩენის შანსი.

⁷⁴ იხ. მცხეთის რაიონული სასამართლოს 2019 წლის 26 ივლისის განაჩენი საქმეზე №1/56-19.

⁷⁵ იხ. ქუთაისის საქალაქო სასამართლოს 2018 წლის 26 იანვრის განაჩენი საქმეზე №1/108-15.

⁷⁶ იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სისხლის სამართლის საქმეთა პალატის 2019 წლის 25 მარტის განჩინება საქმეზე №594აპ-18.

⁷⁷ იხ. თბილისის სააპელაციო სასამართლოს სისხლის სამართლის საქმეთა პალატის 2018 წლის 16 ნოემბრის გა-

ნაჩენი საქმეზე №1/ბ-660-18; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სისხლის სამართლის საქმეთა პალატის 2016 წლის 31 დეკემბრის განაჩენი საქმეზე №438აპ-16; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სისხლის სამართლის საქმეთა პალატის 2020 წლის 10 მარტის განჩინება საქმეზე №509აპ-18; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სისხლის სამართლის საქმეთა პალატის 2006 წლის 10 აპრილის განჩინება საქმეზე №2კ-369აპ.-05.

4.2. ექიმის დისციპლინური პასუხისმგებლობა

სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გარდა, სამედიცინო შეცდომისთვის ექიმს შესაძლოა დაეკისროს დისციპლინური პასუხისმგებლობა. კერძოდ, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობა შეიძლება დადგეს, თუ ადგილი აქვს პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების დარღვევას. კანონის მიხედვით, პასუხისმგებლობის სუბიექტი შეიძლება იყოს მხოლოდ ექიმი და არა სხვა სამედიცინო პერსონალი. ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხს იკვლევს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული პროფესიული განვითარების საბჭო, რომელიც დაკომპლექტებულია შესაბამისი დარგის სპეციალისტებისგან. საბჭო საკითხს იკვლევს პროფესიული კუთხით და იგი არ წარმოადგენს დავის განმხილველ ორგანოს დაზარალებულ პაციენტსა და ექიმს შორის.

მიუხედავად იმისა, რომ საბჭო არ წარმოადგენს დავის განმხილველ ორგანოს, პაციენტს ან პაციენტის ნათესავს⁷⁸ უფლება აქვს მიმართოს საბჭოს, ექიმისთვის დისციპლინური პასუხისმგებლობის დაკისრების თაობაზე. ექიმს შესაძლოა დაეკისროს შემდეგი დისციპლინური სახდელები: წერილობითი გაფრთხილება, სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება, სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება, ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერის შე-

ზღუდვა, საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სხვა ზომები,⁷⁹ იმის მიხედვით, თუ რა სახისა და ინტენსივობის პროფესიულ გადაცდომასთან გვაქვს საქმე.

ექიმისთვის დისციპლინური პასუხისმგებლობის დაკისრება არ გულისხმობს პაციენტისთვის დამდგარი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლების ავტომატურ წარმოშობას. პაციენტს ან პაციენტის ნათესავს საბჭოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება შეუძლია გამოიყენოს სასამართლოში, როგორც ერთ-ერთი მტკიცებულება ექიმის მიერ პროფესიული მოვალეობის დარღვევის დასადასტურებლად. მაგრამ, დაზარალებულ პაციენტს მაინც მოუწევს სასამართლოში ამტკიცოს, რომ ექიმის პროფესიული მოვალეობის დარღვევამ გამოიწვია ზიანი. ის, რომ ექიმმა დაუშვა სამედიცინო შეცდომა, ყოველთვის არ არის კაუზალურ კავშირში პაციენტისთვის დამდგარ მძიმე შედეგთან, რომელიც შეიძლება დამდგარიყო იმ შემთხვევაშიც, თუ ექიმი სათანადო მკურნალობას გასწევდა.⁸⁰

4.3. ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობა

ექიმს სამედიცინო შეცდომის შემთხვევაში ეკისრება არამხოლოდ სისხლის სამართლებრივი ან დისციპლინური პასუხისმგებლობა, არამედ სამედიცინო პერსონალის მიერ დაშვებული შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანი შეიძლება ანაზღაურდეს სამოქალაქო წესით. ქართული სამართლისა და სასამართლო პრაქტიკის ანალიზის მიხედვით, სამოქალაქო წესით ექიმის პასუხისმგებლობა შეიძლება დადგეს როგორც სახელშეკრულებო, ისე დელიქტური მოთხოვნის საფუძველზე. სახელშეკრულებო

⁷⁸ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 82 II მუხლისა და 75 II მუხლის ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ საბჭოში განცხადებისა და საჩივრის შეტანის უფლება პაციენტს, პაციენტის ნათესავს, ექიმის დამპირავებელს, იმ სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელს, სადაც მუშაობს ექიმი (ამავდროულად განცხადება ან საჩივარი დადასტურებული უნდა იყოს იმავე დაწესებულებაში მომუშავე ორზე მეტი

კოლეგის მიერ), იმ სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე ორზე მეტ კოლეგას, სადაც მუშაობს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი, რომელსაც ადასტურებს იმავე დაწესებულების ხელმძღვანელი.

⁷⁹ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, 74 I მუხლის, 08/06/2001.

⁸⁰ მსგავსი განმარტება იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის 30 ივლისის განჩინება საქმეზე №ას-1124-1044-2017.

მოთხოვნა შეიძლება წარმოიშვას, თუ სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის გაფორმებულია სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება. კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების არაჯეროვნად გაწევამ შეიძლება წარმოშვას მეორეული მოთხოვნის – ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება სკ-ის 394 I მუხლის საფუძველზე. ამასთან არ არის აუცილებელი მხარეთა შორის ხელშეკრულება დაიდოს წერილობითი ფორმით. პაციენტის მისვლა სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების მიღების მიზნით და სამედიცინო პერსონალის მიერ სამედიცინო მომსახურების დაწყება უკვე წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების კონკლუდენტურად დადების ფაქტს.⁸¹

აღსანიშნავია ისიც, რომ ქართულ სამედიცინო ლიტერატურაში არსებული პოზიციით, მხარეთა შორის სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება არ გამოირიცხავს დელიქტური მოთხოვნის არსებობას. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების მიუხედავად, პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს, თუ რომელი საფუძველით დაიწყოს დავა ექიმის წინააღმდეგ.⁸² არსებული შეხედულების მიხედვით, სკ-ის 1007-ე მუხლის მიზანია სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის დადებული ხელშეკრულებიდან წარმოშობილ ზიანის ანაზღაურების ვალდებულებაზე დელიქტური პასუხისმგებლობის გავრცელების შესაძლებლობა.⁸³ აღნიშნული პოზიციის მიხედვით, სახელშეკრულებო და არასახელშეკრულებო პასუხისმგებლობა ერთმანეთის პარალელურად, კუმულატიურად არ-

სებობს და ექიმის პასუხისმგებლობის საფუძველი დგება იმის მიხედვით, პაციენტი მოთხოვნის რომელ საფუძველს აირჩევს.⁸⁴

უფრო სწორად უნდა იქნეს მიჩნეული გერმანულ სამართალში არსებული მიდგომა, რომლის მიხედვითაც, თუ სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის გაფორმებულია სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება და სამედიცინო შეცდომა დაკავშირებულია ხელშეკრულების არაჯეროვან შესრულებასთან, ექიმის პასუხისმგებლობა ზიანის ანაზღაურების თაობაზე უნდა დადგეს მხოლოდ სახელშეკრულებო, მეორეული მოთხოვნის საფუძველზე. ხელშეკრულების არსებობის შემთხვევაში, მოთხოვნის საფუძველთა კონკურენცია უნდა გადაწყდეს სახელშეკრულებო საფუძველის სასარგებლოდ.⁸⁵ მაგრამ, სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების დროს არც ისე ადვილია გაიმიჯნოს, თუ სად გადის ზღვარი სახელშეკრულებო ვალდებულების დარღვევასა და აბსოლუტური სამოქალაქო უფლების დარღვევას შორის. სასამართლო მიდგომის მიხედვით, დელიქტური ვალდებულების წარმოშობის საფუძველია დაზარალების აბსოლუტური სუბიექტური სამოქალაქო უფლების დარღვევა, რომელიც ატარებს არასახელშეკრულებო ხასიათს.⁸⁶ ქართულ რეალობაში საკითხს ართულებს ის გარემოებაც, რომ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი გერმანული სამოქალაქო კანონმდებლობისგან განსხვავებით არ იცნობს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებას, რის გამოც მომსახურების სფეროში წარმოშობილ ურთიერთობათა მოსაწესრიგებლად სასამართლო პრაქტიკით გამოიყენება ნარდობის ხელშეკრულების ნორმები.⁸⁷

⁸¹ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა, ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“, №2, 2021, 96-98.

⁸² კვანტალიანი ა., მტკიცების ტვირთის ანალიზი სამედიცინო დავებში ქართული, ინგლისური და ამერიკის შეერთებული შტატების სამართლის მიხედვით, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, 2/2023, 2023, 53.

⁸³ სუხიტაშვილი თ., სუხიტაშვილი დ., სახელშეკრულებო და დელიქტური პასუხისმგებლობის სარჩელების კონკურენცია, ჟურნ. „მართლმსაჯულება და კანონი“, N3(30), 2011, 71.

⁸⁴ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა, ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“, №2, 2021, 98.

⁸⁵ ბაქრაძე ფ., ექიმის სახელშეკრულებო და დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძველები, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი 1/2022, 2022, 77-78.

⁸⁶ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს რეკომენდაციები სამოქალაქო სამართლის სასამართლო პრაქტიკის პრობლემატურ საკითხებზე, 2007, 77.

⁸⁷ კვანტალიანი ნ., სირდაძე ლ., სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება და მისი დიგიტალიზაცია, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, 1/2022,

მართალია, მომსახურების ხელშეკრულება ემსგავსება ნარდობას, მაგრამ ნარდობის საგანს წარმოადგენს შესასრულებელი სამუშაოს შედეგი, მომსახურების დროს კი შესაძლოა შედეგი საერთოდ არ იქნეს მიღწეული.⁸⁸ სამედიცინო მომსახურება კი სწორედ ასეთი ტიპის ხელშეკრულებებს განეკუთვნება, რომელშიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხიანი გაწევის მიუხედავად, არ არსებობს პაციენტის გამოჯანმრთელების გარანტია. სწორედ ამიტომ გერმანული სამართლის მსგავსად საჭიროა სამოქალაქო კოდექსში ხელშეკრულების ცალკე სახედ გამოყოფილი იყოს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება.

ცალკეული ვალდებულების დარღვევის დროს უნდა დადგინდეს, ვალდებულების დარღვევასა და ხელშეკრულებას შორის არსებობს თუ არა რაიმე შინაგანი კავშირი.⁸⁹ თუ ექიმმა შეცდომა დაუშვა უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, ზიანი უნდა ანაზღაურდეს სახელშეკრულებო სამართლით. ხოლო თუ მხარეთა შორის არ არის ხელშეკრულება გაფორმებული ან დამდგარი ზიანი გამოწვეულია იმ ვალდებულების დარღვევის შედეგად, რომელიც არსებობს კანონმდებლობით და არა ხელშეკრულების საფუძველზე, დამდგარი ზიანის ანაზღაურება უნდა მოხდეს დელიქტური სამართლით. პაციენტთან სახელშეკრულებო ურთიერთობა წარმოიშობა, როგორც კი მოხდება მისგან ინფორმირებული თა-

ნხმობის მიღება სამედიცინო მანიპულაციის განხორციელების თაობაზე. ხელშეკრულება არ არსებობს იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო მანიპულაცია ტარდება გადაუდებელი დახმარების დროს, როცა სამედიცინო დახმარების დროულად აღმოჩენის გარეშე სერიოზული საფრთხე შეექმნებოდა ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს.⁹⁰ ასევე, სახელშეკრულებო ურთიერთობას სცდება შემთხვევა, როდესაც პაციენტს უტარდება დამატებითი სამედიცინო მანიპულაცია, რაც არ არის გათვალისწინებული პაციენტთან შეთანხმებით ან ამ მანიპულაციაზე პაციენტს არ გაუცია თანხმობა. ასეთ შემთხვევაში, დამდგარი ზიანი უნდა ანაზღაურდეს დელიქტური საფუძველით.

სამოქალაქო კოდექსისა და სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურებისას მოქმედებს სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი პირობები: ზიანი, მართლწინააღმდეგობა, მიზეზობრივი კავშირი და ბრალი.⁹¹ თითოეული ამ კომპონენტის დადგენა უნდა განხორციელდეს სამედიცინო საქმიანობის სპეციფიკურობის გათვალისწინებით.⁹² კერძოდ, უნდა არსებობდეს ექიმის პროფესიული მოვალეობა, რომელიც მის მიერ დარღვეულია (მართლწინააღმდეგობა) და აღნიშნული უნდა წარმოადგენდეს ზიანის გამომწვევ მიზეზს.⁹³

სასამართლო დავის შემთხვევაში, პაციენტი ვალდებულია ამტკიცოს მიზეზობრივი კავში-

2022, 12. მაგალითად, იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2015 წლის 28 ივლისის განჩინება საქმეზე № ას-539-512-2015.

⁸⁸ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა, ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“, №2, 2021, 95.

⁸⁹ ჩაჩავა ს., მოთხოვნების და მოთხოვნის საფუძველების კონკურენცია კერძო სამართალში, სადისერტაციო ნაშრომი, თბილისი, 2010, 115.

⁹⁰ ასლანიშვილი კ., ჯიბუტი მ., იმედაშვილი ა., ჯავახიშვილი გ., კიკნაძე ნ., მეიშვილი ზ., მირზიკაშვილი ნ., ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, პრაქტიკული სახელმძღვანელო იურისტებისთვის, თბილისი, 2011, 229-230.

⁹¹ სკ-ის 1007-ე მუხლის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობისას (ქირურგიული ოპერაციის ან

არასწორი დიაგნოზით დამდგარი შედეგი და სხვ.) პირის ჯანმრთელობისათვის მიყენებული ზიანი ანაზღაურდება საერთო საფუძველებით. ქართული სასამართლო პრაქტიკაც მსგავსად უდგება აღნიშნულ საკითხს. იხ. მაგ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2013 წლის 1 ივლისის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-247-237-2013; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 24 ოქტომბრის განჩინება საქმეზე №ას-1404-1419-2011.

⁹² პეპანაშვილი ნ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება (სადოქტორო დისერტაცია), თბილისი, 2016, 122.

⁹³ Bal B. S., “An introduction to medical malpractice in the United States”, Clinical orthopaedics and related research, Vol. 467, 2009, 339.

რის არსებობა სამედიცინო პერსონალის 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.⁹⁴ საერთო სასამართლოების გადაწყვეტილებების ანალიზიც ადასტურებს, რომ სამედიცინო დელიქტების სარჩელებზე პაციენტის წარუმატებლობის ძირითადი მიზეზია მიზეზობრივი კავშირის დაუდგენლობა დამდგარ ზიანსა და სამედიცინო პერსონალის ქმედებას შორის.⁹⁵ სასამართლო დავების არაპროგნოზირებადობა და დავის წარმოების სიძვირე პაციენტებს აიძულებს უარი თქვან სასამართლო დავის დაწყებაზე, რის გამოც ვერ ხდება დამდგარი ზიანის სათანადო ფორმით ანაზღაურება. აღნიშნული პრობლემა უნიკალური არ არის საქართველოსთვის და არაერთ ქვეყანაში მიმდინარეობს რეფორმა სამედიცინო შეცდომის შედეგად დაზარალებული პაციენტებისთვის ანაზღაურების ხელმისაწვდომის გაზრდის მიმართულებით.⁹⁶

აღსანიშნავია, რომ სკ-ის 413 II მუხლთან ერთად „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლის მიხედვით, პაციენტი უფლებამოსილია მოითხოვოს, როგორც ქონებრივი, ისე არაქონებრივი ზიანის ანაზღაუ-

რება, რომელიც გამოწვეულია პაციენტის უფლებების დარღვევით, მცდარი სამედიცინო ქმედებით, სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირებისთვის ზიანის გამომწვევი სხვა ხარვეზით ან/და სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით. არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების წინაპირობა სახეზეა, როდესაც სამედიცინო პერსონალის ქმედებამ ან უმოქმედობამ გამოიწვია პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესება და მისი ფიზიკური ან სულიერი ტანჯვა.⁹⁷ ქართული კანონმდებლობის მიხედვით, პაციენტს უფლება აქვს ზიანი მოითხოვოს როგორც ექიმისგან, რომელმაც დაუშვა სამედიცინო შეცდომა, ასევე იმ სამედიცინო დაწესებულებისგან, სადაც ექიმი მუშაობს, თუნდაც პაციენტთან არ იყოს გაფორმებული ხელშეკრულება სამედიცინო მომსახურების თაობაზე. სამედიცინო დაწესებულებას დაეკისრება პასუხისმგებლობა, როგორც მისი დასაქმებულის მიერ მიყენებული ზიანის სახით სკ-ის 997-ე მუხლის საფუძველზე.⁹⁸

5. სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სამედიცინო შეცდომის შემთხვევებზე

ქართული კანონმდებლობის მიხედვით, პაციენტი უფლებამოსილია დავა დაიწყოს სახელმწიფოს წინააღმდეგ, თუ სახელმწიფომ დაარღვია პოზიტიური ვალდებულება და არ განახორციელა სათანადო კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებაზე. პაციენტს სასამართლოში მოუწევს დამტკიცება, რომ სწორედ სახელმწიფოს კონტროლის ნაკლებობის გამო ჰქონდა ადგილი სამედიცინო დაწესებულებაში სისტემურ დარღვევებს, რაც გახდა მიზეზი პაციენტის

⁹⁴ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა, ჟურნ. „მართლმსაჯულება და კანონი“, 2021, №2, 89-90.

⁹⁵ 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.

⁹⁶ იხ. მაგ. *Viscusi W. K.*, Medical malpractice reform: what works and what doesn't, *Denv. L. Rev.*, Vol. 96, 2018; *Frakes M. D.*, The surprising relevance of medical malpractice law,

The University of Chicago Law Review, 2015; *Hyman D. A., Silver C.*, Medical malpractice litigation and tort reform: it's the incentives, stupid, *Vand. L. Rev.*, Vol. 59, 2006.

⁹⁷ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2021 წლის 18 მაისის განჩინება საქმეზე №ას-38-2021.

⁹⁸ კვანტალიანი ნ., *რუსიაშვილი გ.*, ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, 2022, 4.

ჯანმრთელობის გაურესების ან პაციენტისათვის ინფექციური დაავადების შეყრის. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლის მიხედვით, პაციენტი უფლებამოსილია იდავოს სახელმწიფოს წინააღმდეგ არამხოლოდ იმიტომ, რომ მან არსებული რეგულაციის ფარგლებში არ განახორციელა სათანადო კონტროლი, არამედ იმ საფუძვლითაც, რომ ქვეყანას არ აქვს საკმარისი საკანონმდებლო რეგულაცია სამედიცინო დაწესებულებების ზედამხედველობისთვის. აღნიშნული განსაკუთრებით აქტუალურია იმ პირობებში, როდესაც ქართულ სამედიცინო სამართალში განხორციელებული რეფორმის გზით, სამედიცინო საქმიანობათა დიდი ნაწილი სახელმწიფო კონტროლის მიღმა დარჩენილი. სამედიცინო სფეროს დერეგულაციამ სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაზრდაზე დადებითად ნამდვილად არ იმოქმედა.⁹⁹ სამედიცინო სფეროს სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, საბაზრო ეკონომიკის პრინციპები საკმაოდ სუსტია იმისათვის, რომ გაიზარდოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის გაზრდა, როგორც წესი სწორი საკანონმდებლო რეგულაციით ხდება.¹⁰⁰

„ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლის მიხედვით, ლიცენზიას ექვემდებარება მხოლოდ შემდეგი სამედიცინო საქმიანობა: სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, პათოლოგანატომიური საქმიანობა, განსაკუთრებით სამიშ პათოგენებზე საქმიანობის ლიცენზია და საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიური საქმიანობა, ხოლო თუ სამედიცინო დაწესებულება ფუნქციონირებს სტაციონარის სახით, საჭიროებს ნებართვას.¹⁰¹ ამბულატორიის ტიპის სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც არც ერთ აღნიშნულ საქმიანობას არ ეწევა, არ

ესაჭიროება ლიცენზიის ან ნებართვის მიღება სახელმწიფოსგან. იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო დაწესებულება ეწევა მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობას, კლინიკა ვალდებულია მხოლოდ შეატყობინოს სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოსთან. კერძოდ, „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილების მე-3 მუხლის მიხედვით, ასეთ საქმიანობას განეკუთვნება: სტომატოლოგია, ქირურგია (ყველა პროფილის), მენობა-გინეკოლოგია, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება (Emergency), დერმატო-ვენეროლოგია, სამედიცინო რადიოლოგია (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა), დიალიზი, ინფექციურ დაავადებებთან (მათ შორის, აივ ინფექციასთან/შიდსთან) დაკავშირებული საქმიანობა, ფთიზიატრია, ენდოსკოპია, ოფთალმოლოგიური სერვისის ფარგლებში ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და უჯრედების აღება და/ან შენახვა და/ან გადანერგვა, ლაბორატორია (ლაბორატორიული სერვისის მიმწოდებელი, რომელიც ახორციელებს ადამიანის ბიოლოგიური მასალის ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკას), ოპოიდური ჩანაცვლებითი თერაპია, დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიებით მომსახურება და ქიმიოთერაპიული მომსახურება. ზემოაღნიშნული სამედიცინო სერვისების გარდა, ყველა სხვა დანარჩენი სამედიცინო საქმიანობა, ფაქტობრივად, ეფექტური კონტროლის გარეშე დარჩენილი და სახელმწიფო უბრალოდ არ არის უფლებამოსილი განახორციელოს ასეთი სამედიცინო დაწესებულებების ზედამხედველობა. თავად შეტყობინების ვალდებულებაც არ წარმოადგენს კონტროლის ეფექტურ მექანიზმს, რადგან კლინიკა საქმიანობის დაწყების წინ აკეთებს შეტყობინებას

⁹⁹ იხ. ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მინისტრის, ზურაბ აზარაშვილის 2023 წლის 18 დეკემბრის ინტერვიუ, <<https://1tv.ge/news/zurab-azarashvili-saministro-aqtiurad-mushaobs-rata-sayoveltao-jandacvis-sistema-kidev-ufro-orientirebuli-da-fokusirebuli-gavkhadot-moqalaqeebze/>> [24.12.2023].

¹⁰⁰ Hyman D. A., Silver C., Medical malpractice litigation and tort reform: it's the incentives, stupid, Vand. L. Rev., Vol. 59, 2006, 1130.

¹⁰¹ საქართველოს კანონი „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“, 24-ე მუხლის 54-ე პუნქტი, 24/06/2005.

სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოში და, შესაძლოა, წლების განმავლობაში კლინიკა ფუნქციონირებდეს ისე, რომ ის ერთხელაც არ იყოს შემოწმებული უფლებამოსილი ორგანოს მიერ. შესაბამისად, ასეთ პირობებში საკმაოდ მაღალია რისკი, სახელმწიფო კონტროლის ნაკლებობის პირობებში, ხშირი იყოს კლინიკებში სისტემური ხარვეზები, რაც საბოლოო ჯამში გახდეს პაციენტისთვის ზიანის მიყენების საფუძველი.

მიუხედავად სახელმწიფო კონტროლის ნაკლებობისა და ქვეყანაში ჯანდაცვის არც თუ ისე მაღალი დონისა, ძალიან იშვიათია დავა უშუალოდ სახელმწიფოს წინააღმდეგ პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნით. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს პრაქტიკაში არსებობს ერთადერთი საქმე, როდესაც სახელმწიფოს დაეკისრა პასუხისმგებლობა პაციენტისთვის მიყენებული მატერიალური და არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების სახით. საქმის გარემოებების მიხედვით, პაციენტი გაუკეთდა B ჰეპატიტის ვაქცინა, რომლის გვერდითი ეფექტის სახით პაციენტი განუვითარდა პოსტვაქცინალური მწვავე ენციფალომელიტი. საქმის მასალების მიხედვით, პაციენტი არ იყო ინფორმირებული ვაქცინის სავარაუდო გვერდითი მოვლენების თაობაზე. სასამართლოს შეფასებით ეს წარმოადგენდა პაციენტის უფლებების ხელყოფას, რის გამოც კლინიკასთან ერთად პასუხისმგებლობა დაეკისრა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს როგორც სახელმწიფოს წარმომადგენელს, მის მიერ კონტროლის ვალდებულების დარღვევისთვის.¹⁰² აღნიშნული გადაწყვეტილება თავისი მნიშვნელობით პრეცედენტულია და ადგენს სახელმწი-

ფოს პასუხისმგებლობის წინაპირობებს, მოქალაქისთვის ჯანდაცვის გაუმართავი სისტემის გამო მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისთვის.

არანაკლებ პრეცედენტული მნიშვნელობისაა ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმე სარიშვილი-ბოლქვაძე საქართველოს წინააღმდეგ. აღნიშნული გადაწყვეტილებით ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ კიდევ ერთხელ აღნიშნა სახელმწიფოს პოზიტიურ ვალდებულების თაობაზე, მიიღოს სათანადო მკაცრი ჩარჩო-რეგულაცია სამედიცინო დაწესებულებების ეფექტური რეგულირების კუთხით, მიუხედავად იმისა, ისინი კერძო სტრუქტურებია თუ სახელმწიფოს დაქვემდებარებაში იმყოფებიან. სახელმწიფოს მოვალეობას წარმოადგენს უზრუნველყოს ჯანდაცვის გამართული სისტემის შექმნა.¹⁰³

6. სამედიცინო შეცდომის მომწესრიგებელი ქართული სამართლის ეფექტიანობის შეფასება

იმისათვის, რომ შევაფასოთ რამდენად ეფექტიანია დღეს არსებული სამედიცინო შეცდომის მომწესრიგებელი სამართლებრივი სისტემა, პირველ რიგში უნდა განვსაზღვროთ, თუ რა ამოცანები აქვს მას. ასეთად შეიძლება გამოიყოს ორი ძირითადი მიმართულება: უზრუნველყოფილი იყოს დაზარალებული პაციენტისთვის ზიანის ანაზღაურება და აღმოიფხვრას/შემცირდეს სამედიცინო შეცდომის შემთხვევების რაოდენობა.¹⁰⁴ ზოგადადაც, დელიქტური სამართლის მიზანს წარმოადგენს, რომ შეიმუშავოს ისეთი სამართლებრივი მექანიზმები, რომლითაც დაზარალებული შეძლებს ზიანის სრულ და ობიექტურ ანაზღაურებას და არ მოხდება უდანაშაულო პირისთვის პასუხისმგებლობის დაკი-

¹⁰² საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატის 2009 წლის 08 აპრილის გადაწყვეტილება საქმეზე ბს-972-936(3კ-08).

¹⁰³ იხ. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს 2018 წლის 19 ოქტომბრის გადაწყვეტილება საქმეზე „სარიშვილი-ბოლქვაძე საქართველოს წინააღმდეგ“, საჩივარი № 58240/08.

¹⁰⁴ *Kessler D. P.*, Evaluating the medical malpractice system and options for reform, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 25, no. 2, 2011, 93.

სრება. პასუხისმგებლობის სწორად განსაზღვრის კუთხით, განსაკუთრებით პრობლემური სამედიცინო კატეგორიის დავები, სადაც, როგორც წესი, ადგილი აქვს მოვლენათა მთელ ჯაჭვს, რაც ართულებს ჯანმრთელობის დაზიანების ზუსტი მიზეზის დადგენას და პასუხისმგებელი პირის გამოვლენას. რაც შეეხება მეორე ამოცანას, იგი გულისხმობს სამედიცინო შეცდომების პრევენციას.

ქართულ რეალობაში მოქმედი კანონმდებლობა ვერ უზრუნველყოფს ზემოაღნიშნული მიზნების ჯეროვან განხორციელებას. მართალია, სამედიცინო დავების რაოდენობა მცირეა ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში, მაგრამ ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ქართული ჯანდაცვის სისტემაში იშვიათად ხდება პაციენტისთვის ზიანის მიყენება. საქართველოს დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ქვეყანამ მემკვიდრეობით მიიღო მოძველებული სამედიცინო ინფრასტრუქტურა, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს თანამედროვე მედიცინის გამოწვევებს. გასული საუკუნის 90-იან წლებში სახელმწიფომ, მსოფლიო ბანკის დახმარებით, არსებული ინფრასტრუქტურა დეტალურად შეაფასა და ნახა, რომ დაწესებულებების 90% არ იყო უსაფრთხო, ხოლო აღჭურვილობის 80% მოძველებული იყო და ჩანაცვლებას საჭიროებდა.¹⁰⁵ მიუხედავად ჯანდაცვის სისტემის უსაფრთხოების ხარისხის ამალღების გადაუდებელი საჭიროებისა, ქვეყნას არ ჰქონდა და დღემდე არ აქვს საკმარისი ფინანსური რესურსი, თანამედროვე ძვირადღირებული აპარატურის შეძენისა და შესაბამისი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების დანერგვისთვის.

დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრსა და საქსტატზე დაყრდნობით, გალთჰთაგარტიმ 2020 წლის დეკემბერში გამოაქვეყნა ანგარიში „ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში“,

სადაც ცალსახადაა აღნიშნული, რომ საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორი დაბალი ეფექტიანობით ხასიათდება.¹⁰⁶ იმ პირობებში, როდესაც მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემა სხვა ინდუსტრიებთან შედარებით შესაბამისი პროფესიის მქონე პირების მიერ დაშვებული შეცდომების რაოდენობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება და 6 000 დან 300 000 ხარვეზია ყოველ მილიონ შემთხვევაზე ჯანდაცვაში,¹⁰⁷ საქართველოში სამედიცინო დავების ნაკლებობის მიზეზი უნდა ვეძიოთ დაზარალებული პაციენტის უფლებების დაცვის არასრულყოფილ საკანონმდებლო მოწესრიგებაში.

პარადოქსია, მაგრამ გლობალური მოვლენაა, რომ სამედიცინო სფეროს განვითარების პარალელურად იზრდება ექიმის შეცდომების შედეგად დაზარალებულ პაციენტთა რაოდენობა. თანამედროვე მედიცინის განვითარებამ გაზარდა ექიმის მიერ პაციენტისთვის ზიანის მიყენების შანსი.¹⁰⁸ შესაბამისად, შეუძლებელია საქართველოს განვითარებად ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო პერსონალის დაუდევრობის გამო არ ხდებოდეს პაციენტების დაზარალება. პაციენტთა მხრიდან საჩივრების ნაკლებობის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაკლები მოლოდინი იმისა, რომ დღეს არსებულ სამართლებრივ რეალობაში შეძლებენ საკუთარი ინტერესების დაცვასა და სათანადო კომპენსაციის მიღებას.

დღეს არსებული რეგულაციით სამედიცინო შეცდომის შედეგად დაზარალებული პაციენტებისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების ერთადერთ გზას წარმოადგენს სასამართლოს მეშვეობით დავა სამედიცინო პერსონალის წინააღმდეგ. მართალია, ქართულ რეალობაში სამედიცინო შეცდომების სტატისტიკური აღრიცხვა არ ხდება, მაგრამ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მო-

¹⁰⁵ იხ. ჩხარტიშვილი ქ. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა საქართველოში - საჭიროება თუ თვითმიზანი?, 2021, <<https://forbes.ge/health/55182-2/>> [30.12.2023].

¹⁰⁶ იხ. ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში, 2023 <https://api.galtandtaggart.com/sites/default/files/2023-05/report/georgias-healthcare-sector-overview_geo_may-23_0.pdf> [30.12.2023].

¹⁰⁷ იხ. სასანიძე ი., ჯანდაცვის ხარისხის სტრუქტურა და მისი გაზომვის საშუალებები, 2010, <http://www.insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/discussion_doc_1.pdf> [30.12.2023].

¹⁰⁸ Brook R. H., Brutoco R.L., Williams, K.N., The relationship between medical malpractice and quality of care, Duke LJ, 1975, 1197.

ნაცემებით, პროფესიული განვითარების საბჭომ 2019 წელს 204 ექიმს დააკისრა პროფესიული პასუხისმგებლობა, ხოლო 2020 წელს – 134 ექიმს.¹⁰⁹ რაც შეეხება უშუალოდ სასამართლო დავას, არც სასამართლოები აწარმოებენ სტატისტიკას, თუ რამდენი სარჩელი შედის სასამართლოში სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნით, მაგრამ ვინაიდან, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მიერ მიღებული ყველა გადაწყვეტილება საჯაროდ ქვეყნდება და ხელმისაწვდომია, შესაძლებელია ზოგადი წარმოდგენა შევიქმნათ ასეთი კატეგორიის საქმეთა რაოდენობის თაობაზე. უზენაეს სასამართლოს სულ რამდენიმე ათეული საქმე აქვს განხილული უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების თაობაზე, მათ შორის 2016-2019 წლებში უზენაესმა სასამართლომ განიხილა მხოლოდ 8 დავა.¹¹⁰ სავარაუდოა, რომ მოცემული სტატისტიკური მონაცემები არ ასახავს შემთხვევათა სრულ სურათს და საქართველოში მომხდარი სამედიცინო შეცდომების შედეგად დაზარალებული პაციენტების რიცხვი გაცილებით მეტია.¹¹¹ აღნიშნული გარემოება მიუთითებს, რომ დაზარალებული პაციენტების უდიდესი ნაწილი უბრალოდ არ იწყებს დავას სასამართლოში, რასაც, შესაძლოა, რამდენიმე ფაქტორი განაპირობებდეს. სასამართლო დავის წარმოება, როგორც წესი დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული. სახელმწიფო ბაჟის გარდა, პაციენტს წინასწარ უწევს გადაიხადოს ადვოკატის მომსახურების ანაზღაურება, სამედიცინო ექსპერტიზის

საფასური¹¹² და მტკიცებულებათა შექმნასა და მოპოვებასთან დაკავშირებული სხვა ხარჯები. დროში გაწეილი სასამართლო განხილვები და დავის საბოლოო შედეგის წინასწარ განუჭვრეტადობა კი წარმოადგენს დამატებით არგუმენტს, თუ რატომ არ არის სასამართლო დავა პაციენტისთვის ხელსაყრელი.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ნათელია, რომ დაზარალებული პაციენტის დაკმაყოფილების დღევანდელი სისტემა არასრულყოფილია და საჭიროებს რეფორმირებას. მართალია, მხოლოდ სამედიცინო დელიქტური სამართლის რეფორმა ვერ აამაღლებს ჯანდაცვის ხარისხს ქვეყანაში, მაგრამ ხელს შეუწყობს დაზარალებული პაციენტების ინტერესების დაცვას და აღმოფხვრის თავდაცვით მედიცინას (defensive medicine), რაც გულისხმობს გადახვევას ჯანსაღი სამედიცინო პრაქტიკიდან ექიმის პირადი პასუხისმგებლობის საფრთხის გამო.¹¹³ მათ შორის, თავდაცვითი მედიცინა იწვევს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების ხარჯის გაზრდას, ვინაიდან ექიმი თავის დაზღვევის მიზნით ატარებს დამატებით კვლევებსა და ანალიზებს, რომლებსაც სხვა შემთხვევაში არ გააკეთებდა.¹¹⁴ თავდაცვითი მედიცინის გამოვლინებაა, თუნდაც ის ფაქტი, რომ საქართველოში არ ხდება სამედიცინო შეცდომების გამოვლენა და მათი ოფიციალური აღრიცხვა, რაც ხელს უშლის სისტემური ხარვეზების გამოვლენასა და პრევენციას ჯანდაცვის სისტემაში.

¹⁰⁹ თარხნიშვილი ნ., საექიმო შეცდომა თუ გულგრილობა, ანუ სისხლის სამართლის დანაშაული? <<https://www.radiotavisupleba.ge/a/31195475.html>> [26.11.2023].

¹¹⁰ კვანტალიანი ნ., სამედიცინო მომსახურებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების კანონით დადგენილი წინაპირობების ასახვა ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში, საქართველოს ადვოკატთა ასოციაციის ჟურნალი „ჩემი ადვოკატი“, ნომერი III, 2020.

¹¹¹ კვანტალიანი ა., მტკიცების ტვირთის ანალიზი სამედიცინო დავებში ქართული, ინგლისური და ამერიკის შეერთებული შტატების სამართლის მიხედვით, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, 2/2023, 2023, 44-45.

¹¹² ექსპერტიზის ხარჯებზე ვრცლად იხ. Oosthuizen W. T., Carstens P. A., Re-evaluating medical malpractice: A patient safety approach, THRHR, Vol. 78, 2015, 387-388.

¹¹³ ვრცლად იხ. Studdert D. M., Mello M. M., Sage W. M., DesRoches C. M., Peugh J., Zapert K., Brennan T. A., Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment, Jama, Vol. 293, no. 21, 2005; Berlin L., Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad, Diagnosis, Vol. 4, no. 3, 2017.

¹¹⁴ Traina F., Medical malpractice: the experience in Italy, Clinical orthopaedics and related research, Vol. 467, 2009, 438.

7. შეთავაზებები სამედიცინო შეცდომის მომწესრიგებელი ქართული სამართლის სისტემის გაუმჯობესებისაკენ

სამედიცინო შეცდომის შედეგად დამდგარი ზიანის ანაზღაურების სრულყოფილი სისტემის ჩამოყალიბების მიზნით, პირველ რიგში, საჭიროა საკანონმდებლო დონეზე განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების სახელშეკრულებო სამართლებრივი რეგულაცია. გსკ-ის მსგავსად, საჭიროა სამოქალაქო კოდექსმა ცალკე განსაზღვროს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების არსი და მხარეთა უფლებამოვალეობები.¹¹⁵ მართალია, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონები ადგენენ პაციენტისა და სამედიცინო პერსონალის უფლებამოვალეობებს, მაგრამ აღნიშნული რეგულაცია არ არის საკმარისი. კერძოდ, ქართულ სამართლებრივ რეალობაში არ არის გამიჯნული სამედიცინო დაწესებულების დელიქტური და სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობის შემთხვევები. გარდა ამისა, დერეგულაციის პირობებში, პაციენტის მხარეს არის სრული მტკიცების ტვირთი, დაამტკიცოს სამედიცინო შეცდომის არსებობა და ამავდროულად მიზეზობრივი კავშირი ექიმის ქმედებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაურესებას შორის.

საინტერესოა, რომ გსკ-ის 630h პარაგრაფი სპეციალურად განსაზღვრავს მხარეთა შორის მტკიცების ტვირთის განაწილების წესს. აღნიშნული ნორმა განსაზღვრავს შემთხვევებს, როდესაც მტკიცების ტვირთი ბრუნდება სამედიცინო დაწესებულების საწინააღმდეგოდ. კერძოდ,

მკურნალობის გამწევი პირის შეცდომა ივარაუდება, თუ სამედიცინო მომსახურების ზოგადი რისკი განხორციელდა, რომელიც მკურნალობის გამწევი პირის სრული კონტროლის ქვეშ იყო და რომელმაც პაციენტის სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობის დაზიანება გამოიწვია.¹¹⁶ მსგავს რეგულაციას შეიცავს იტალიური კანონმდებლობაც, რომლის მიხედვითაც, თუ რუტინული ხასიათის მანიპულაცია უტარდება პაციენტს, მაშინ ექიმმა უნდა ამტკიცოს, რომ მის ქმედებას არ გამოუწვევია პაციენტის ჯანმრთელობის გაურესება.¹¹⁷

ასევე, გსკ-ის 630h პარაგრაფის მიხედვით, თუ არ ხდება სამედიცინო დოკუმენტაციის სწორად წარმოება და პაციენტისათვის ჩატარებული სამედიცინო პროცედურა არ იქნა ასახული სამედიცინო დოკუმენტაციაში ივარაუდება, რომ ასეთი პროცედურა ექიმს არც განუხორციელებია.¹¹⁸ სამედიცინო დოკუმენტაციის ნაკლებობა არ წარმოადგენს ზიანის ანაზღაურების დამოუკიდებელ საფუძველს, მაგრამ იგი წარმოშობს ვარაუდს, რომ შესაბამისი პროცედურა არ განხორციელებულა.¹¹⁹

გარდა ამისა, ექიმს უწევს დამტკიცება, რომ მის ქმედებას არ მოჰყოლია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაურესება, თუ იგი არაკვალიფიციური იყო ან დაუშვა უხეში შეცდომა, რომელსაც თავისი ბუნებიდან გამომდინარე შეუძლია გამოიწვიოს ფაქტობრივად დამდგარი ზიანის სახით სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობის დაზიანება.¹²⁰ აღნიშნული ნორმა იცავს პაციენტების ინტერესებს და უმსუბუქებს მათ ექიმის პროფესიული მოვალეობის უხეშად დარღვევის შემთხვევაში მტკიცების

¹¹⁵ ვრცლად იხ. *ბაქრაძე ფ.*, ექიმის სახელშეკრულებო და დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძვლები, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი 1/2022, 2022, 84-89.

¹¹⁶ იქვე, 68-69.

¹¹⁷ *Traina F.*, Medical malpractice: the experience in Italy, Clinical orthopaedics and related research, Vol. 467, 2009, 436.

¹¹⁸ ვრცლად იხ. *ბაქრაძე ფ.*, ექიმის სახელშეკრულებო და დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძვლები, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი 1/2022, 2022, 71-73.

¹¹⁹ *კავენდოხი უ.*, მნიშვნელოვანი ტენდენციები გერმანიის სასამართლო პრაქტიკაში სამედიცინო სამართლის მიმართულებით 2021 წელს, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი 2/2023, 2023, 31.

¹²⁰ ვრცლად იხ. *ბაქრაძე ფ.*, ექიმის სახელშეკრულებო და დელიქტური პასუხისმგებლობის საფუძვლები, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი 1/2022, 2022, 73-75.

ტვირთის სასამართლოში, რაც საბოლოოდ ზრდის დაზარალებული პაციენტის წარმატების ალბათობას.

მხედველობაშია მისაღები პაციენტის მტკიცების ტვირთის სირთულე, როდესაც საქმე ეხება ექიმის უმოქმედობის ან დაგვიანებული მკურნალობის დროს პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანებას. მოსარჩელე პაციენტმა სასამართლოში უნდა დაადასტუროს, რომ 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.“¹²¹ მიზეზობრივი კავშირის მაღალი სტანდარტი (90%-ზე მეტი ალბათობა) არ უნდა იქცეს სამედიცინო პერსონალისთვის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობისგან თავის არიდების საშუალებად. აღნიშნულ სირთულეს კარგად წყვეტს, დაკარგული შანსის თეორია, რომელიც 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. კერძოდ, პაციენტს აუნაზღაურდება ზიანის ის ნაწილი, რამდენი პროცენტიც იყო მისი გამოჯანმრთელების შანსი დროული და კვალიფიციური მკურნალობის შემთხვევაში.¹²²

დელიქტური კანონმდებლობის სრულყოფის გარდა, საჭიროა პაციენტს მიეცეს საშუალება სასამართლოს გარეშე შეძლოს მიყენებული ზიანის ანაზღაურება. როგორი სრულყოფილი საკანონმდებლო ბაზაც არ უნდა არსებობდეს, სასამართლო მაინც წარმოადგენს დროში გაწეული, ძვირადღირებულ და ნაკლებად პროგნოზირებად ინსტიტუტს დაზარალებული პაციენტებისთვის.¹²³ შესაბამისად, საჭიროა სამედიცინო დავის განხილვის ეფექტური მექანიზმის არსებობა, რომელიც პაციენტს მისცემს საშუალებას აინაზღაუროს მიყენებული ზიანი. დღეს არსებული კანონმდებლობის მიხედვით, ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხს იკვლევს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული პროფესიული განვითარების საბჭო, რომელიც დაკომპლექტებულია შესაბამისი დარგის სპეციალისტებით. საბჭო საკითხს იკვლევს პროფესიული კუთხით. არსებული რეგულაციით საბჭოს უფლება აქვს ექიმს დააკისროს მხოლოდ დისციპლინური პასუხისმგებლობა. ვფიქრობთ, გასაზრდელია საბჭოს უფლებამოსილება და ექიმის დისციპლინურ პასუხისმგებლობასთან ერთად უნდა მოხდეს მისთვის პაციენტისთვის მკურნალობის ღირებულების ანაზღაურების დაკისრება. მრავალ ქვეყანაში მოქმედებს მსგავსი მექანიზმი.¹²⁴ მართალია, პაციენტებს არ აქვთ საშუალება მოითხოვონ მორალური ზიანის ანაზღაურება, რადგან ეს წარმოადგენს შე-

¹²¹ იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის 20 ივლისის განჩინება საქმეზე №ას-1046-966-2017; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 27 ივნისის განჩინება საქმეზე №260-244-2011; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2020 წლის 20 თებერვლის განჩინება საქმეზე №ას-1800-2019.

¹²² დაკარგული შანსის თეორიის იმპლემენტაციის საჭიროებაზე ვრცლად იხ. *მახათაძე შ.*, მიზეზობრივი კავშირის

სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, 1/2022, 2022.

¹²³ *Bal B. S.*, An introduction to medical malpractice in the United States, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 345.

¹²⁴ მსგავსი სიტემა მოქმედებს მაგალითად გერმანიაში, იტალიაშია და სხვა ბევრ ქვეყანაში. იხ. *Traina F.*, *Medical malpractice: the experience in Italy*, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 439-440.

საბამისი კვალიფიკაციის იურისტის მიერ გადასაწყვეტ საკითხს, მაგრამ ექიმის შეცდომის გამოვლენის შემთხვევაში, პაციენტს უნდა ჰქონდეს საშუალება ხანგრძლივი და ძვირადღირებული სასამართლო დავის გარეშე შეძლოს პირველადი მოთხოვნის – საჭირო მკურნალობისთვის აუცილებელი თანხის მიღება.

ასევე, საჭიროა შემოღებულ იქნეს ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების პროფესიული პასუხისმგებლობის სავალდებულო დაზღვევა. დღეს არსებული რეგულაციით, ექიმი არ არის ვალდებული დააზღვიოს პროფესიული პასუხისმგებლობა.¹²⁵ მართალია, პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის დავალდებულებამ შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გაზრდა,¹²⁶ მაგრამ მეორე მხრივ, აღნიშნული უზრუნველყოფს დაზარალებული პაციენტების ინტერესების დაცვას. ისინი მარტივად, სასამართლო დავისა თუ სხვა ფორმალური განხილვების გარეშე შეძლებენ დამდგარი ზიანის ანაზღაურებას და საჭირო მკურნალობის დროულ დაფინანსებას. ასევე, თავად ექიმი ნაკლებად იქნება მოტივირებული დამალოს მის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომა პასუხისმგებლობის დაკისრების შიშით. აღნიშნული ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის ამაღლებას, რადგან სამედიცინო დაწესებულებები მიმართული იქნებიან სისტემური ხარვეზების აღმოფხვრისკენ, რათა არ მოხდეს სადაზღვევო პრემიის გაზრდა, სამედიცინო შეცდომების სიმრავლის გამო.

სამედიცინო დავებზე პაციენტთა ინტერესების დაცვის კუთხით, გასაზიარებელია განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება. მაგალითად, გერმანიისა და საფრანგეთის მსგავსად, ბრალის გარეშე კომპენსაციის სისტემა

არსებობს შვედეთსა¹²⁷ და ახალ ზელანდიაში.¹²⁸ შვედეთმა პირველმა შემოიტანა ეს სისტემა 1975 წელს, როდესაც შეიქმნა პაციენტთა დაზღვევის ფონდი. პაციენტებმა, რომლებიც თვლიან, რომ დაზარალებულნი არიან სამედიცინო დახმარების შედეგად, უნდა გააკეთონ მიმართვა და თუ დადგინდება მიზეზობრიობის ჯაჭვი დაზიანებასა და არასწორ მკურნალობას შორის, პაციენტი იღებს შესაბამის ანაზღაურებას.¹²⁹ ასეთი ანაზღაურების სიტემის ფარგლებში, როგორც წესი ანაზღაურდება მხოლოდ მკურნალობისთვის საჭირო თანხა და იგი წარმოადგენს დროში ნაკლებად გაწეილ და სასამართლოსთან შედარებით ნაკლებად ძვირადღირებულ პროცედურას. მსგავსი სისტემა სასარგებლოა თავად სამედიცინო დაწესებულებებისთვისაც, რომელთაც არ უწევთ დიდი ოდენობით მორალური ზიანის ანაზღაურება.¹³⁰

დასკვნა

სამედიცინო შეცდომებს უდიდესი გავლენა აქვს ადამიანის სოციალურ ცხოვრებაზე. ყველა სამედიცინო შეცდომა, რა თქმა უნდა, არ იწვევს ფატალურ შედეგს, მაგრამ ნებისმიერ შემთხვევაში, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება მნიშვნელოვნად აისახება მისი ცხოვრების ხარისხზე. თანამედროვე მედიცინის სფეროს განვითარება, ერთხი მხრივ, ზრდის ისეთი დაავადებებისგან განკურნების შანსს, რომელიც მანამდე ითვლებოდა განუკურნავად, მაგრამ მეორე მხრივ, მედიცინის განვითარების კვალდაკვალ იზრდება სამედიცინო შეცდომების რისკი. ექიმის მხრიდან შეცდომის დაშვების რისკის ზრდა გამოწვეულია რამდენიმე

¹²⁵ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, 97-ე მუხლი, 08/06/2001.

¹²⁶ მაგალითად, იტალიაში მოქმედებს პროფესიული პასუხისმგებლობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემა, სადაც სადაზღვევო პრემიის ღირებულება სამედიცინო მომსახურების საფასურის 10%-მდეც კი შეიძლება იყოს. იხ. *Traina F.*, Medical malpractice: the experience in Italy, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 437.

¹²⁷ *Gaine W. J.*, No-fault compensation systems: Experience elsewhere suggests it is time for the UK to introduce a pilot scheme, *BMJ*, Vol. 326, no. 7397, 2003, 997–998.

¹²⁸ *Studdert D. M., Brennan T. A.*, No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention, *Jama*, Vol. 286, no. 2, 2001, 217–223.

¹²⁹ *Traina F.*, Medical malpractice: the experience in Italy, *Clinical orthopaedics and related research*, Vol. 467, 2009, 439.

¹³⁰ იხ. *Danzon P. M.*, Liability for medical malpractice, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 5, no. 3, 1991, 63-67.

ფაქტორით, მათ შორის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტის ზრდით, რაც ექიმისგან მოითხოვს უზარმაზარ პროფესიულ ცოდნასა და მის მუდმივ განახლებას. ასევე, მედიცინის განვითარებასთან ერთად იზრდება სამედიცინო პროცედურების გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე. სწორედ ამიტომ, სამედიცინო შეცდომები თითქმის გარდაუვალ რეალობად იქცა, რის გამოც სამედიცინო შეცდომების მაქსიმალური პრევენცია და სამედიცინო შეცდომის შედეგად დაზარალებული პაციენტების სათანადო დაკმაყოფილება წარმოადგენს თანამედროვე ჯანდაცვის სფეროს მომწესრიგებელი კანონმდებლობის გამოწვევას.

აღნიშნული პრობლემის მოგვარება კომპლექსურ მიდგომას მოითხოვს, რომლის ერთ-ერთი ძირითად ბირთვს წარმოადგენს სამედიცინო შეცდომის შედეგად წარმოშობილი ექიმის პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელი სამართლებრივი სისტემის ოპტიმიზაცია. სამედიცინო შეცდომის შედეგად წარმოშობილი ექიმის პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელი ქართული სამართლებრივი სისტემის ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ქართული კანონმდებლობა ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო შეცდომების ეფექტიან პრევენციასა და დაზარალებული პაციენტების ინტერესების დაკმაყოფილებას. ქართულ რეალობაში სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი გარდაუვალად ასოცირდება სამედიცინო შეცდომების მაღალ რისკთან. ამავდროულად, დაზარალებული პაციენტების ინტერესების დაცვისა და ზიანის ანაზღაურების ერთადერთ მექანიზმს წარმოადგენს სასამართლო. ხოლო, დაზარალებულ პაციენტთა რაოდენობასა და სამედიცინო დავებს შორის აშკარა დისპროპორცია ცალსახად მიუთითებს სისტემის დაბალეფექტიანობაზე.

სასამართლო დავების შეუსაბამოდ მცირე ოდენობა წარმოადგენს ინდიკატორს იმისა, რომ სასამართლო სისტემაში დაზარალებული პაციენტები ვერ ახერხებენ საკუთარი ინტერესების დაკმაყოფილებას. ქართული კანონმდებლობის მიხედვით, დაზარალებულ პაციენტს საკუთარი ინტერესების დაცვა და დამდგარი ზიანის ანაზღაურება, მხოლოდ ძვირადღირებული,

დროში გაჭიანურებული და ნაკლებად განჭვრეტადი სასამართლო დავით შეუძლია. პაციენტს უწევს გადალახოს სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელთა სოლიდარობა და სასამართლოში წარადგინოს ექსპერტიზის დასკვნა, საკუთარი პოზიციის დასასაბუთებლად. საკანონმდებლო რეგულაციის დეფიციტის პირობებში დაზარალებული პაციენტის მხარეს არსებული ექიმის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომისა და ჯანმრთელობის დაზიანებასთან მისი მიზეზობრივი კავშირის მძიმე მტკიცების ტვირთთან ერთად, პაციენტის მდგომარეობას ამძიმებს ე. წ. მტკიცების ტვირთის შებრუნების შემთხვევების ნაკლებობა.

ზემოაღნიშნული მიზეზების გათვალისწინებით, საჭიროა, მოხდეს სამედიცინო შეცდომის შედეგად წარმოშობილი ექიმის პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელი კანონმდებლობის ოპტიმიზაცია. საჭიროა, სამოქალაქო კოდექსით დარეგულირდეს სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება და „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონებთან ერთად დეტალურად გაიწეროს ექიმისა და პაციენტის უფლებამოვალეობანი. ასევე, კანონით უნდა განისაზღვროს სპეციალური შემთხვევები, როდესაც პრეზუმირებული იქნება სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისთვის და მტკიცების ტვირთი გადავა სამედიცინო დაწესებულების მხარეს, ისევე როგორც, ეს საკითხი მოწესრიგებულია გერმანულ სამოქალაქო კოდექსში.

გარდა სასამართლო დავისა, პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ საშუალება, დავის ალტერნატიული მექანიზმების გამოყენებით შეძლონ საკუთარი ინტერესების დაკმაყოფილება. გასაზიარებელია საფრანგეთისა და დიდი ბრიტანეთის მიდგომა, სადაც პაციენტებს აქვთ შესაძლებლობა სასამართლო დავის გარეშე მიიღონ მკურნალობისთვის საჭირო თანხა. გარდა ამისა, პაციენტს უნდა ჰქონდეს საშუალება მიიღოს დაფინანსება სამედიცინო შეცდომის არ არსებობის პირობებშიც, როდესაც ჯანმრთელობის გაუარესება გამოწვეულია სამედიცინო მანიპუ-

ლაციის გვერდითი ეფექტის რისკის პრაქტიკული რეალიზაციით. მართალია, ამ შემთხვევაში, არ იკვეთება სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობა, მაგრამ სახელმწიფომ უნდა შეასრულოს პოზიტიური ვალდებულება და საკუთარი მოქალაქე უზრუნველყოს ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის მომსახურებით. მსგავსი მექანიზმები არსებობს თითქმის ყველა განვითარებული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში.

სამედიცინო შეცდომების მაქსიმალური პრევენციის მიზნით, აუცილებელია ქვეყანამ შეიმუშაოს შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც გაზრდის სახელმწიფო კონტროლს სამედიცინო დაწესებულებებზე. ფაქტია, სფეროს დერეგულაციამ ვერ შეძლო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზრდა. შესაბამისად, საჭიროა სამედიცინო დაწესებულებებზე ეფექტუ-

რი კონტროლის განხორციელება სისტემური ხარვეზების აღმოფხვრის მიზნით.

ასევე, იმისათვის, რომ არ მოხდეს სამედიცინო შეცდომების დამალვა და ე. წ. თავდაცვითი მედიცინის განვითარება, ნაკლებად უნდა მოხდეს ექიმისთვის პირადი ფინანსური პასუხისმგებლობის დაკისრება მის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომის გამო. აღნიშნული მოითხოვს პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის სავალდებულო სისტემის ამოქმედებას სამედიცინო დაწესებულებებისთვის და სამედიცინო პერსონალისთვის. ვინაიდან პროფესიული შეცდომის დაშვება მოსალოდნელია ნებისმიერი პროფესიის წარმომადგენლისგან, ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომა არ უნდა გახდეს მისი ზედმეტად მკაცრი პასუხისმგებლობის საფუძველი, რაც, თავის მხრივ, გახდება შეცდომის არ აღიარებისა და მაქსიმალურად დამალვის მოტივატორი.

მცდარი სამედიცინო ქმედების შედეგად დამღვარი ზიანის ანაზღაურებაზე პასუხისმგებელ პირთა წრე და სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევა

ნინო ბურდულაძე

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი (ლიმერიკი, ირლანდია)

ვერიზონის უფროსი კონტრაქტ-მენეჯერი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დოქტორანტი

შესავალი

მცდარი სამედიცინო ქმედების შედეგად პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის შემთხვევები, სამწუხაროდ, ყოველწლიურად იზრდება მთელ მსოფლიოში. ამის ერთ-ერთ მიზეზად, შესაძლოა, ტექნოლოგიური განვითარების კვალდაკვალ, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო ჩარევების რაოდენობის გაზრდა იქნას მიჩნეული.

მაგალითისთვის, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარდა კვლევა, რომლის თანახმადაც, 2014 წლის სამედიცინო შეცდომები სიკვდილიანობით მესამე ადგილს იკავებს გულ-სისხლძარღვთა და სიმსივნური დაავადებების შემდეგ. მაშინ როდესაც, 1999 წელს ამერიკის ჯანმრთელობის ინსტიტუტმა გამოაქვეყნა ანგარიში, რომელშიც ითქვა, რომ ყოველწლიურად აშშ-ში 90-100 ათასი ადამიანი იღუპებოდა იმ სამედიცინო შეცდომებით, რომელთა თავიდან აცილებაც შესაძლებელი იყო.¹

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით ცხადია, რომ მედიცინის განვითარება, სრულებით

არ ნიშნავს მცდარი სამედიცინო ქმედებების შემცირებას. მაშინ, როდესაც ამ სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე, რთულია მსგავსი შემთხვევების თავიდან აცილება, მოცემულ რეალობაში სამართლის ფუნქცია პაციენტის დარღვეული უფლებების ეფექტური აღდგენის მექანიზმების უზრუნველყოფაა. კერძოდ, მნიშვნელოვანია მოქნილი საკანონმდებლო რეგულაციების შემუშავება, ერთი მხრივ, შემთხვევათა პრევენციის მიზნით, ხოლო, მეორე მხრივ, პაციენტებისათვის მათი დარღვეული უფლების დაცვის მოქნილი, დროში და ფინანსურად ეფექტური საშუალებების შეთავაზებისთვის. ასევე, ექიმი-პაციენტის ურთიერთობის თავისებურებები იმაში გამოიხატება, რომ ექიმი უპირატესია ერთი მხრივ, პაციენტისგან გამოცხადებული განსაკუთრებული ნდობით, ხოლო, მეორე მხრივ, პროფესიულ ცოდნით.²

პაციენტის უფლებების დაცვის ერთ-ერთ გამოხატულებას წარმოადგენს, მისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურების შესაძლებლობა. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ზიანის მოთხოვნა

¹ Eric Thomas, DM Studdert, *Helen Burstin*, et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado (2000) 38:3 Med. Care 261.

² *ჰაგენლოხი ულრიხ*, „მნიშვნელოვანი ტენდენციები გერმანულ სასამართლო პრაქტიკაში 2022 წლის პირველ ნახევარში“, შედარებითი სამართლის ჟურნალი 8/2023.

ნის შესაძლებლობა ვერ იქნება მიჩნეული უფლების დაცვის საკმარის ბერკეტად, თუკი ამ მიზნის მისაღწევად პაციენტისთვის არ არის გარანტირებული პროცედურულად მარტივი და დროში ეფექტური მექანიზმები. წინამდებარე ნაშრომში განხილულია მცდარი სამედიცინო შეცდომის სავარაუდოდ არსებობის პირობებში, პაციენტისათვის ეროვნული კანონმდებლობით მინიჭებული უფლება-მოვალეობები, კერძოდ, პასუხისმგებელ პირთა წრე და ამ პასუხისმგებლობის დადგენისათვის უფლებამოსილი ორგანოების დანიშნულებისა და ფუნქციონირების ძირითადი ასპექტები. საუკეთესო პრაქტიკის დადგენისა და ეროვნული კანონმდებლობის შემდგომი განვითარების მიზნით, კი გამოყენებულია შედარებითი სამართლებრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ, მოცემული საკითხი განხილულია ეროვნული, გერმანული და ანგლო-ამერიკული სამართლის მიხედვით.

მცდარი სამედიცინო ქმედების ზოგადი განმარტება

სამედიცინო შეცდომის ცნებას საქართველოს კანონმდებლობაში, რამდენიმე ადგილას ვხვდებით. კერძოდ, ჯანმრთელობის შესახებ კანონის მიხედვით³, მცდარი სამედიცინო ქმედება არის ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისთვის შეუსაბამო სადიაგნოზო ან/და სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა. თუმცა ამავე კანონის 103-ე მუხლის მიხედვით, ფართოა, როგორც პასუხისმგებელთა წრე, ასევე, შემთხვევათა სახეები, კერძოდ, მოცემული მუხლი ზოგადად ყველა ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალს აკისრებს პასუხისმგებლობას მათი ქმედებით ან/და უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფსიქიკური ან/და ფიზიკური მდგომარეობის გაუარესებისთვის.⁴

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, საექიმო შეცდომაში იგულისხმება

ექიმის მიერ საზოგადოდ აღიარებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების, კანონმდებლობით განსაზღვრული წესების დარღვევა, რამაც განაპირობა პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება და შესაბამისად, ზიანის მიყენება. ასევე, მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ პაციენტისათვის მიყენებული ზიანისას, როგორც წესი, ექიმის განზრახი ბრალი არ გვაქვს. ასეთ შემთხვევებში საკმარისია, მხოლოდ დადგინდეს ექიმის გაუფრთხილებლობა, რაც გულისხმობს მის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების აუცილებელი გულისხმიერებისა და ყურადღების გარეშე განხორციელებას. გულისხმიერებასა და ყურადღებაში იგულისხმება ექიმის მიერ საჭირო სამედიცინო მოქმედებების ზედმიწევნით და ხარისხიანად, აღიარებული სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად შესრულება.⁵

ასევე, საინტერესოა შეფასდეს, მცდარი სამედიცინო ქმედების შედეგად პაციენტისათვის ფიზიკურად მიყენებული დაზიანება. აღნიშნულთან დაკავშირებით, ულრიხ ჰაგენლოხი, გერმანული სამართლის საფუძველზე, თავის ერთ-ერთ ნაშრომში განმარტავს რომ *“ფიზიკურ მთლიანობაში ნებისმიერი ჩარევა იწვევს სხეულის დაზიანებას”*. კერძოდ, სხეულის ფუნქციონირებიდან ნებისმიერი გადახრა, რაც არაპოზიტიურად ფასდება, შესაძლებელია მიჩნეულ იქნას ჯანმრთელობის დაზიანებად. ასეთ დროს მნიშვნელოვან ფაქტორს არ წარმოადგენს იმის შეფასება, ასეთ გადახრას, თან ახლავს თუ არა ტკივილი ან მძიმე ფსიქიკური ცვლილებები.⁶ მცირედ სირთულედ მიიჩნევა, სხეულის ფიზიკური დაზიანების გამიჯვნა ჯანმრთელობის დაზიანებისგან. სხეულის დაზიანება უფრო მეტად ფოკუსირებულია გარე ფიზიკურ მთლიანობაზე, მაშინ როდესაც ჯანმრთელობის დაზიანება უფრო მეტად ხაზს უსვამს სხეულის, სულიერი და გონებრივი ფუნქციების დარღვევაზე. თუმცა,

³ ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ო“ ქვეპუნქტი.
⁴ ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 103-ე მუხლი.

⁵ სუსგ საქმე №ას-1800-2019, 20 თებერვალი, 2020 წელი.
⁶ BGH, Urteil vom 14. Juni 2005 - VI ZR 179/04 - BGHZ 163, 209, juris Rn. 9; Staudinger/Hager (2017) § 823 BGB Rn. B 5.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დარღვევის შედეგების იდენტიფიკაციის გამო, სამედიცინო სამართლის პასუხისმგებლობის კონტექსტში ეს განსხვავება პრაქტიკულად არააქტუალურია.⁷

საინტერესოა განიმარტოს ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალიც, რომელიც ამავე კანონის მიხედვით, არამხოლოდ დამოუკიდებელი საქმიანობის განმახორციელებელ პირებს მოიცავს, არამედ ექთანს, ფარმაცევტს და სხვა პირებს, რომელთა საქმიანობაც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასა და სასამართლო - სამედიცინო ექსპერტიზასთან. თუმცა, კანონით განსაზღვრული განმარტება ამით არ შემოიფარგლება და მცდარი სამედიცინო ქმედების დაშვების შემთხვევაში, პასუხისმგებელ პირებად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებს და სამედიცინო და ჯანმრთელობის სერვისების მენეჯერებსაც მოიაზრებს.⁸

ასევე, პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონშიც (შემდგომში პაციენტის უფლებების კანონი) ვხდებით მცდარი სამედიცინო ქმედების ცნებას, რომელიც განიმარტება როგორც ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების საფუძველი.⁹

გერმანული სამართლის მიხედვით, თუ ექიმის მიერ გაწეული მომსახურება არ არის თანხვედრაში იმ დროისათვის მოქმედ პროფესიულ სტანდარტებთან, შესაძლებელია დაშვებულ იქნას სამედიცინო შეცდომა, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს პაციენტის ჯანმრთელობის პირდაპირი ან არაპირდაპირი დაზიანება ან/და მისი სიცოცხლის მოსპობა. აქვე უნდა განიმარტოს, რომ არსებული სტანდარტებისგან განსხვავებული ყველა ტიპის ჩარევა, არ შეიძლება პოტენციურად მიჩნეული იყოს, სამედიცინო შეცდო-

მად, არამედ მხოლოდ ისეთი გადაცდომა, რომელიც „არაგონივრულად“ განსხვავდება მიღებული სტანდარტებისგან.¹⁰

ირლანდიასა და გაერთიანებულ სამეფოში მცირედ განსხვავებას ვხვდებით ტერმინ სამედიცინო შეცდომასა (Medical Malpractice) და სამედიცინო გაუფრთხილებლობას შორის. ეს უკანასკნელი წარმოადგენს უფრო კონკრეტულ შემთხვევას, როდესაც ექიმის ქმედება ან უმოქმედობა ცალსახად გაუფრთხილებლობით არის გამოწვეული და პირდაპირ ან არაპირდაპირ აყენებს ზიანს პაციენტის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს. ასეთ დროს მნიშვნელოვანია, ექიმი თავად ვერ იაზრებდეს უმჯობესი ჩარევის ან/და ტაქტიკური მიდგომის აუცილებლობას და შესაბამისად, ვერ ახორციელებდეს არაობიექტური გარემოებების გამო.¹¹

რაც შეეხება სამედიცინო შეცდომას (Medical Malpractice), ეს ტერმინი უფრო ფართო მიზნით გამოიყენება და მოიცავს ყველა სახის სამედიცინო გადაცდომას მიუხედავად იმისა, აღნიშნული გამოწვეულია გაუფრთხილებლობით, რაც მოულოდნელი იყო თავად ექიმისთვისაც, თუ განზრახვით. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შემთხვევაში განზრახვა არ გულისხმობს ექიმის მიერ პირის განზრახ დაზიანებას ან/და მისი სიცოცხლის მოსპობას, რაც ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით სისხლის სამართლის დანაშაულს წარმოადგენს, არამედ, ეს უფრო მეტად ჰგავს დაუდევრობას, როდესაც ექიმი აცნობიერებს უკეთესი ჩარევის, მკურნალობის მეთოდის ან/და მედიკამენტის საჭიროებას, მაგრამ დაუდევრად ეკიდება მასზე დაკისრებულ პასუხისმგებლობას, შესაბამისად, სამედიცინო შეცდომის შედეგი მცირედად, თუმცა გარკვეული მოცულობით მაინც მოსალოდნელი იყო მისთვის.¹²

საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ ასეთი შემთხვევები გაერთიანებული სამეფოს სამართლისთვის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის

⁷ *ჰაგენლოხი ულრიხ*, „პაციენტის ინფორმირება გერმანიაში“, შედარებითი სამართლის ჟურნალი 6/2023.

⁸ ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ც“ პუნქტი.

⁹ პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლი.

¹⁰ https://www.eu-patienten.de/en/behandlung_deutschland/

¹¹ Medical Negligence Claim Liability, <https://claims.ie/>.

¹² <https://www.claims.ie/125#:~:text=In%20medical%20malpractice%2C%20like%20any,of%20care%20to%20their%20patients.>

ფარგლებში ექცევა, მიუხედავად იმისა, რომ განზრახვაზე მეტად დაუდევრობასთან გვაქვს საქმე. აღნიშნულთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია საქმე „ერი v ადომაკოს“ წინააღმდეგ (1994), სადაც სამედიცინო პერსონალი გახდა სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის სუბიექტი. მოცემულ საქმეში, ანესთეზიოლოგმა თავისივე დაუდევრობით დროულად ვერ შეამჩნია მოვლენების ნეგატიური განვითარება და დაძინებული პაციენტის საყლაპავში საინტუბაციო მილის არასწორი პოზიციონირება, რაც პაციენტის გარდაცვალების მიზეზი გახდა.¹³

უნდა აღინიშნოს, რომ ეროვნული კანონმდებლობაც ითვალისწინებს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის დადგენას განზრახვის გარეშე მიყენებული სამედიცინო შეცდომის დროს, თუმცა მხოლოდ მკაცრად განსაზღვრული ფაქტობრივი გარემოებების არსებობისას, კერძოდ, სისხლის სამართლის კოდექსის 130-ე მუხლის მიხედვით, სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფისათვის მედიცინის მუშაკის მიერ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების არასაპატიო მიზეზით გაუწევლობა, ჯანმრთელობის დაზიანების ან/და სიცოცხლის მოსპობის დადგომის გარეშეც კი, ითვალისწინებს თავისუფლების აღკვეთას.¹⁴ მუხლის შინაარსიდან გამომდინარე, მისი მოქმედება ვრცელდება მაშინ, როდესაც პაციენტი საჭიროებდა გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებას, რაც ექიმის დაუდევრობით დროულად არ გაეწია.

მოცემული შემთხვევა ცხადყოფს, რომ საერთო სამართლის ქვეყნებისგან განსხვავებით, ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის სისხლისამართლებრივი პასუხისმგებლობა მხოლოდ კონკრეტულ შემთ-

ხვევაში დგება და ზოგადად არ ვრცელდება ყველა სამედიცინო შეცდომაზე, რომელსაც მძიმე შედეგი მოჰყვა.

აღნიშნული დადებითად შეიძლება შეფასდეს, ვინაიდან სამედიცინო სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალს თავიანთი ვალდებულებების შესრულებისას, სავარაუდო სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის თავიდან აცილების ნაცვლად, სფეროს განვითარებისა და პაციენტის საუკეთესო ინტერესების დაცვის მიზანი ამოძრავებდეს. შესაბამისად, თუკი რისკის შემცველი სამედიცინო ჩარევა პოტენციურად ატარებს ექიმისათვის მძიმე პასუხისმგებლობის დაკისრების საშიშროებას, ექიმის მიერ თავის შეკავების შემთხვევაში, აღნიშნული პაციენტს ართმევს გამოჯანმრთელების მცირე, თუმცა მაინც პოტენციურ შესაძლებლობას.

რაც შეეხება სამედიცინო გაუფრთხილებლობას, ირლანდიასა და დიდ ბრიტანეთში დამკვიდრებული დეფინიციის მიხედვით, ეს წარმოადგენს ქმედებას ან/და უმოქმედობას ჩადენილი ექიმის ან/და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ (სტომატოლოგი, ექთანი ან/და ფსიქოთერაპევტი), რამაც უშუალოდ გამოიწვია პაციენტისათვის ზიანის მიყენება.¹⁵

როგორც განმარტებიდან ირკვევა, პასუხისმგებელ პირთა წრე უფრო ფართოა, ვიდრე ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით, ვინაიდან საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონისა¹⁶ და საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ ბრძანების მიხედვით¹⁷, ფსიქოთერაპევტი არ წარმოადგენს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის მწარმოებელ პირს და შესაბამისად არ ექცევა ექიმის დეფინიციის მიხედვით.

¹³ *Connelly A., Serpell M., Clinical Negligence, Anaesthesia and Intensive Care Medicine 21:10, 2020.*

¹⁴ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 130-ე.

¹⁵ <https://www.personalinjuryireland.ie/medical-negligence-law/>.

¹⁶ საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლი.

¹⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის ბრძანება №136/ნ საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ.

მცდარი სამედიცინო ქმედება და მიყენებული ზიანის სახეები

უელსში მოქმედი საკანონმდებლო სისტემა სამედიცინო გაუფრთხილებლობის შემთხვევების კონკრეტულ ჩამონათვალს განსაზღვრავს, კერძოდ:

- არასწორი ან დაგვიანებული დიაგნოზი;
- მედიკამენტოზური მკურნალობა არარელევანტური ვადით;
- ექიმის მიერ ფიზიკური სიმპტომების უგულებელყოფა მენტალური ჯანმრთელობის შეფასების დროს;
- რეალური რისკის არსებობის მიუხედავად, პაციენტის სუიციდის პრევენციის განუხორციელებლობა.¹⁸

ზემოაღნიშნული ჩამონათვალი, მცირედით განსხვავდება გერმანიაში გავრცელებული შემთხვევებისგან, კერძოდ, სამედიცინო შეცდომად, ასევე მიჩნეულია პაციენტის შესახებ სამედიცინო ისტორიის (ანამნეზის) არასრულყოფილი შექმნა/შეგროვება, რამაც შეაფერხა სწორი სამედიცინო ტაქტიკის დაგეგმვა ან/და შემდგომ მისი განხორციელება. ჩამონათვალი ასევე მოიცავს არასწორ ან/და დაგვიანებულ დიაგნოზს, რაც, როგორც ჩანს, ყველა ტიპის სამართლის ქვეყნებისთვის საერთო წინაპირობას წარმოადგენს.¹⁹

ერთ-ერთ განმასხვავებელ შემთხვევას, გერმანიაში მოქმედი რეგულაციის მიხედვით, წარმოადგენს ორგანიზაციული გაუმართაობა, რაც შესაძლებელია გამოვლინდეს პაციენტის არაგონივრულად დიდხანს დაყოვნებასა და შედეგად დაგვიანებულ მკურნალობაში, ასევე, ჰიგიენური ნორმების არასათანადოდ დაცვაში.²⁰

როგორც ეროვნული, ასევე ანგლო-ამერიკული სამართლის ქვეყნები, ექიმის მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომის დამტკიცების შემთხვევებში, ითვალისწინებს მატერიალური და არამატერიალური ზიანის ანაზღაურებას. მიუ-

ხედავად შინაარსობრივი თანხვედრისა, ტერმინოლოგიურად განსხვავდება საერთო სამართლის ქვეყნებში მოქმედი ცნებები, რომლის მიხედვით არამატერიალური/მორალური ზიანი განიმარტება, როგორც ზოგადი ზიანი, ხოლო მატერიალური ზიანი, რაც გამოიხატება ჯანმრთელობის დაზიანების გამო მიუღებელ შემოსავალსა და შედეგის გამოსწორების მიზნით გაღებულ ხარჯებში, მიჩნეულია როგორც სპეციალური ზიანი.²¹

ზიანის ანაზღაურებაზე პასუხისმგებელ პირთა წრე

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის მე-10 მუხლის მიხედვით, პაციენტს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს, როგორც მცდარი სამედიცინო ქმედებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნით, ასევე, მოითხოვოს სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება. აღნიშნული განმარტებულია, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილებაში, რომლის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესების ან სიკვდილის შემთხვევაში, პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს შეუძლია მოითხოვოს პაციენტისათვის მიყენებული, როგორც მორალური, ასევე მატერიალური ზიანის ანაზღაურება.²² მოცემული ფორმულირება ცალსახად არ განმარტავს თუ ვის წინააღმდეგ შეიძლება აღიძრას სასარჩელო მოთხოვნა ზიანის ანაზღაურების თაობაზე, ვინაიდან მოპასუხე ამ შემთხვევაში შესაძლებელია იყოს, როგორც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის მწარმოებელი სუბიექტი, ასევე, სამედიცინო დაწესებულება, ან ორივე ერთად.

საექიმო საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობის შესაბამისად, დამოუკიდებე-

¹⁸ Mind for Better Mental Health, Clinical Negligence Guide, 2018.
¹⁹ https://www.eu-patienten.de/en/behandlung_deutschland/.
²⁰ <https://gesund.bund.de/en/medical-malpractice#at-a-glance>.

²¹ <https://www.traceysolicitors.ie/en/knowledge/medical-negligence-legal-time-limits/>.
²² სუსგ - საქმე №ას-1800-2019, 20 თებერვალი, 2020 წელი;

ლი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ მისთვის კანონმდებლობით დაკისრებული ვალდებულებების, ეთიკურ ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების დარღვევა იწვევს მის პირად, პროფესიულ და ადმინისტრაციულ პასუხისმგებლობას²³. ასევე, იმავე საკანონმდებლო აქტის მიხედვით,²⁴ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის პროფესიული პასუხისმგებლობა არის პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების დარღვევისათვის გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა. თუმცა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ დეტალურად გაწერილი პროფესიული პასუხისმგებლობის სახეებში, არ არის მოცემული მატერიალური ან/და არამატერიალური ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება, არამედ მხოლოდ ადმინისტრაციული წესით საქმიანობის შეჩერება/შეწყვეტასთან დაკავშირებული მექანიზმები.

შედარებით ნათელია, სამედიცინო დაწესებულების, როგორც იურიდიული პირის პასუხისმგებლობის საკითხი. კერძოდ, სამოქალაქო კოდექსის 24-ე მუხლის მიხედვით, იურიდიული პირი არის განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად შექმნილი, საკუთარი ქონების მქონე, ორგანიზებული წარმონაქმნი, რომელიც თავისი ქონებით დამოუკიდებლად აგებს პასუხს და შეუძლია სასამართლოში გამოვიდეს მოსარჩელედ და მოპასუხედ. ასევე, სკ-ის 997-ე მუხლის მიხედვით, იურიდიული პირი ვალდებულია აანაზღაუროს ზიანი, რომელიც მიადგა მესამე პირს მისი მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებით, თავისი შრომითი (სამსახურებრივი) მოვალეობის შესრულებისას. შესაბამისად, სამედიცინო პერსონალის მიერ, მიყენებული ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება, სავსებით შესაძლებელია დაეკისროს სამედიცინო დაწესებულებას.²⁵ თუმცა, ეს არ გამოირიცხავს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მოპასუხედ დაყენების

შესაძლებლობას ან/და ამ უკანასკნელისგან რეგრესის წესით ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნას თავად სამედიცინო დაწესებულების მიერ.

პაციენტის დარღვეული უფლებების დაცვის ალტერნატიული საშუალებები

ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით სამოქალაქო პასუხისმგებლობის ანაზღაურების ერთადერთი გზა სასამართლოსთვის მიმართვაა, მაშინ როდესაც ანგლო-ამერიკული საკანონმდებლო რეგულაცია მაქსიმალურად უწყობს ხელს სასამართლო წარმოებაზე მხარეების მორიგების შემთხვევას. კერძოდ, იმ შემთხვევაში თუ სასამართლო იღებს მომჩივანის სასარგებლო გადაწყვეტილებას, მაგრამ აღმოჩნდა რომ მას მორიგების მიზნით არ მიუმართავს სამედიცინო დაწესებულებისთვის ან/და უარი განაცხადა მორიგების ფარგლებში იმავე ან უფრო მეტი ოდენობის კომპენსაციაზე, სასამართლო უფლებამოსილია შეამციროს კომპენსაციის ოდენობა და პირიქით, თუ აღმოჩნდა რომ დაცვის მხარემ უარი განაცხადა მორიგებოდა პაციენტს კომპენსაციის იმავე ან უფრო ნაკლებ ოდენობაზე, რაც სასამართლოს გადაწყვეტილებით შეიძლება დაეკისროს, ეს უკანასკნელი იტოვებს უფლებას გაზარდოს კლინიკის მიერ გადასახდელი თანხა არაუმეტეს 10%-ისა.²⁶

საინტერესო მოწესრიგებას განსაზღვრავს უელსის საკანონმდებლო სისტემა, სადაც სასამართლოსთვის მიმართვის წინაპირობას წარმოადგენს ამისათვის სპეციალურად შექმნილ სახელმწიფო ორგანოში განცხადების წარდგენა. აღნიშნული ცნობილია ე. წ. ‘Redress’ სახელით, და საქმის განხილვის შემდეგ, თუკი გადაწყდა, რომ პაციენტი აკმაყოფილებს რედრესის პირობებს, მან სამედიცინო შეცდომის სახიდან გამომდინარე შესაძლებელია მიიღოს:

- განმარტება სამედიცინო დაწესებულების მიერ;

²³ საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 38-ე მუხლი.

²⁴ საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 73-ე მუხლი.

²⁵ *კეპაშვილი ნ.*, „სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება“, 2016, გვ.114.

²⁶ Legal Service Regulation Act 2015, Part 15 – Clinical Negligence Actions.

<https://www.irishstatutebook.ie/eli/2015/act/65/enacted/en/index.html>

- წერილობითი ბოდიში;
- რეპორტი, რომელიც მომავალში პრევენციულ ხასიათს ატარებს სხვა მსგავსი სამედიცინო შეცდომის თავიდან აცილების მიზნით;

- ფინანსური კომპენსაცია.

ძალიან მნიშვნელოვანია აღნიშნული ორგანოს როლი და ძირითადი ფუნქცია, ვინაიდან მისი დანიშნულება არამხოლოდ კომპენსაციის განსაზღვრაა, არამედ სფეროს განვითარების ხელშეწყობა.²⁷

ზემოაღნიშნული რეგულაციების ეფექტიანობა, მტკიცდება იმითაც, რომ გაერთიანებულ სამედიცინო სამედიცინო შეცდომებთან დაკავშირებული დავების 70% სასამართლოს გარეშე წყდება.²⁸

სასამართლოს განტვირთვისა და საკითხის უფრო სწრაფად და ეფექტიანად მოგვარების მიზნით, საინტერესოა გერმანიაში პაციენტებისათვის შეთავაზებული დარღვეული უფლების დაცვის სხვადასხვა მექანიზმები. კერძოდ, გარკვეულ ორგანოებს, მათ შორის, თავად სამედიცინო დაწესებულებას, კანონი ავალდებულებს, რომ პაციენტებს შესთავაზონ ხელმისაწვდომი მომსახურება, სამედიცინო შეცდომის სავარაუდოდ არსებობის პირობებში. ეს დაწესებულებებია:²⁹

- სამედიცინო დაწესებულება, სადაც პაციენტს გაეწია მომსახურება - ზოგიერთ ფედერალურ ერთეულში, სავალდებულოა სამედიცინო დაწესებულების ბაზაზე არსებობდეს დამოუკიდებელი საადვოკატო მომსახურება იმავე დაწესებულების პაციენტებისთვის.

- სადაზღვევო კომპანიები - სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანიები, საკანონმდებლო ვალდებულებიდან გამომდინარე, უფასოდ უწევენ კონსულტაციას დაზღვეულ პაციენტებს სამედიცინო შეცდომასა და მისგან წარმოშობილ ექიმის ვალდებულებებთან დაკავშირებით. უნდა აღინიშნოს, რომ კერძო სადაზღვევი კომპანიებს არ გააჩნიათ იმავე ვალდებულება, თუმცა

ზოგიერთი მათგანი ითვალისწინებს აღნიშნულ უფასო მომსახურებას.

- პაციენტთა საკონსულტაციო დამოუკიდებელი ცენტრი - ხსენებული ორგანიზაცია, გერმანიის მოქალაქეებს სთავაზობს უფასო დახმარებას, რათა სასამართლოში მიმართვამდე შეძლონ თავიანი დარღვეული უფლების კომპენსირება. აღნიშნული მომსახურების ხელმისაწვდომობის მიზნით, ქვეყნის მასშტაბით წარმოდგენილია 30-მდე ცენტრი, თუმცა ასევე შესაძლებელია დისტანციური მომსახურების მიღებაც.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, სპეციალურად სამედიცინო შემთხვევების საარბიტრაჟო წესით განხილვის მიზნით, გერმანიაში მოქმედებს შემდეგი ასოციაციები: ექიმთა პალატა, სტომატოლოგთა პალატა და ფსიქოთერაპევტთა პალატა. თითოეული მათგანი მოიცავს ორ დამოუკიდებელ ინსტიტუტს - საექსპერტო მომსახურების მიმწოდებელ პანელს და საარბიტრაჟო ბორდს. მიუხედავად იმისა, რომ კანონით სავალდებულო არ არის სასამართლომდე შესაბამისი ასოციაციისთვის მიმართვა, მათი მომსახურება უფასო და შესაბამისად, ხელმისაწვდომია ყველა პაციენტისთვის, რაც დადებითად აისახება მიმართვიანობაზე და შესაბამისად, სასამართლოს ფუნქციონირებაზეც. აქვე აღსანიშნავია, რომ ხსენებული პალატა განიხილავს მხოლოდ ბოლო 5 წლის განმავლობაში მომხდარ სამედიცინო შემთხვევებს.³⁰

სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევასთან დაკავშირებული საკანონმდებლო რეგულაციები

სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევა ეს არის განსაკუთრებული და განსხვავებული ტიპის დაზღვევა, რომელიც იცავს პრაქტიკოს ექიმებსა და სხვა სამედიცინო პერსონალს, მათ შორის, სტომატოლოგებს, ფსიქოთერაპევტებს, ექთნებს და ა. შ. პაციენტისათვის მიყენებული

²⁷ Mind for Better Mental Health, Clinical Negligence Guide, 2018.

²⁸ Connelly A., Serpell M., Clinical Negligence, Anaesthesia and Intensive Care Medicine 21:10, 2020.

²⁹ <https://gesund.bund.de/en/medical-malpractice#at-a-glance>.

³⁰ Stauch S. Marc, Medical Malpractice and Compensation in Germany, June 2011.

მატერიალური ან/და არამატერიალური ზიანის ანაზღაურებისგან, რაც გამოწვეულია მათ მიერ არაჯეროვნად გაწეული სამედიცინო მომსახურებით.³¹

უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევა, გარდა მატერიალური და არამატერიალური ზიანისა (კომპენსაციის სახით), ასევე, ფარავს იურიდიულ ხარჯებსაც, როგორცაა ადვოკატის მომსახურება, სასამართლო ან/და არბიტრაჟის მოსაკრებელი. რაც შეეხება გამონაკლისს, სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევა არ ფარავს ისეთ შემთხვევებს, როდესაც ექიმის მხრიდან ადგილი აქვს სექსუალური ხასიათის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებას, მისი ქმედება შეიცავს სისხლის სამართლის დანაშაულის ნიშნებს ან/და სამედიცინო ჩანაწერების შეცვლას.³²

ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალი არ არის ვალდებული პრაქტიკული საქმიანობის დაწყებამდე ან მის განმავლობაში ფლობდეს სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევას. ამასთანავე, არც სამედიცინო დაწესებულებას აქვს მსგავსი ვალდებულება უზრუნველყოს დასაქმებულების დაზღვევა. საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონი³³ მწირი განმარტებით შემოიფარგლება და მხოლოდ უფლებას ანიჭებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს დააზღვიოს პროფესიული შეცდომა, რომლის შედეგადაც პაციენტს მიადგება ქონებრივი ან არაქონებრივი ზიანი. სხვა ქვეყნების გამოცდილებით, რომელიც ქვემოთ არის განხილული, სავალდებულო რეგულაციის არ არსებობის პირობებშიც შესაძლებელია სამედიცინო პერსონალის დაინტერესება, რათა ნებაყოფლობით უზრუნველყონ პროფესიული დაზღვევის ქონა.

ირლანდიაში, მიუხედავად საკანონმდებლო რეგულაციის არ არსებობისა, ყველა ტიპის სამედიცინო პერსონალისთვის, დამკვიდრებულ პრაქტიკად მიიჩნევა სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევის ქონა. ქვეყანაში არსებული

ჯანდაცვის მოდელის მიხედვით, სხვადასხვა მიმართულების სამედიცინო სპეციალისტების საქმიანობა რეგულირდება შესაბამისი პროფესიული რეგულირების სააგენტოს მიერ. მაგალითად, დამოუკიდებელი საქმიანობის მწარმოებელი სუბიექტების საქმიანობას არეგულირებს „სამედიცინო საკონსულტო“, ხოლო ექთნების საქმიანობას ამოწმებს და შესაბამის რეგულაციებს უწესებს - „ექთნებისა და ბებია ქალების საბჭო“. სწორედ ამ დამოუკიდებელი ორგანოს პრეროგატივაა, შესაბამისი რეგულაციის შემუშავება და ნებისმიერ დროს სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევის სავალდებულოდ გახდომა.

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალი არ არის ვალდებული ჰქონდეს სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევა, ტენდენცია განსხვავებულ მიდგომაზე მეტყველებს. ამის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს წარმოადგენს სამედიცინო შეცდომის არსებობის შემთხვევაში ექიმის პასუხისმგებლობის დადგენასთან დაკავშირებული მკაცრი რეგულაციები, რომლის ფარგლებშიც ექიმი ვალდებული ხდება საკმაოდ დიდი ოდენობის მატერიალური თუ არამატერიალური ზიანი აუნაზღაუროს მხარეს, რომელსაც მიადგა ზიანი. აქედან გამომდინარე, თავად ექიმის უპირველეს ინტერესს წარმოადგენს ფართო სპექტრის სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევის ქონა, რაც რეალურად პირდაპირ დაკავშირებულია პაციენტის უფლებების დაცვასთან.

ასევე ხშირი პრაქტიკაა, როდესაც თავად სამედიცინო დაწესებულებები უზრუნველყოფენ მათი დასაქმებულებისათვის შესაბამისი პროფესიული დაზღვევის არსებობას, რაც ზრდის მათ კონკურენტუნარიანობას, როგორც სამედიცინო, ასევე დასაქმების ბაზარზე.³⁴

მოცემული მაგალითი ნათელს ხდის, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია სამედიცინო გაუფრთხილებლობის მარეგულირებელი მკაფიო და პა-

³¹ <https://www.iii.org/article/understanding-medical-malpractice-insurance>.
³² Franklin E. Robeson, Medical malpractice insurance: An economic view, Volume 19, Issue 2, April 2016, Pages 75-82.

³³ საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 97-ე მუხლი.
³⁴ LeMasurier J. Physician medical malpractice. Health Care Financ Rev. 1985 Fall;7(1):111-6. PMID: 10311396; PMCID: PMC4191514.

ციენტის უფლებებზე ორიენტირებული რეგულაციის არსებობა, ვინაიდან აღნიშნული ჯაჭვური რეაქციით იწვევს სხვა დაკავშირებული სფეროების მოწესრიგებას, მაშინაც კი, თუკი ეს პირდაპირ არ არის კანონმდებლობით მოთხოვნილი.

საკითხის უფრო კონკრეტულ რეგულირებას ვხვდებით ამერიკის შეერთულ შტატებში, სადაც თითქმის ყველა შტატში სავალდებულოა სამედიცინო პასუხისმგებლობის ქონა ექიმის ან/და სამედიცინო დაწესებულების მიერ. ხოლო იმ შტატებში, სადაც აღნიშნული არ არის სავალდებულო, საკითხის მიმართ მაღალი ცნობადობიდან გამომდინარე ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პოლისის ქონის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია. მაგალითად, ფლორიდის შტატში მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის 5%-ს არ აქვს პროფესიული პასუხისმგებლობა დაზღვეული, რაც გასაოცრად დაბალი შედეგია, არასავალდებულო რეგულაციის არსებობის პირობებში.³⁵

რაც შეეხება დაზღვევის სახეებს, ექიმები, როგორც წესი, სარგებლობენ კომერციული კომპანიების მიერ შეთავაზებული სადაზღვევო პაკეტებით. კერძო ტიპის სამედიცინო დაწესებულება, თავისი დისკრეციის ფარგლებში ექიმს კორპორაციული პაკეტის ფარგლებში სთავაზობს კომერციულ დაზღვევას. რაც შეეხება ფედერალური მთავრობის მიერ დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალს, ვინაიდან მათ მიერ ჩადენილი სამედიცინო შეცდომა წარმოადგენს ფედერალური მთავრობის პასუხისმგებლობას, ექიმები არ სარგებლობენ პროფესიული დაზღვევით.³⁶

გერმანიაში მოქმედი ექიმის პროფესიული კოდექსის 21-ე მუხლის მიხედვით, *“ყველა ექიმი ვალდებულია საკმარისად დააზღვიოს საკუ-*

*თარი პასუხისმგებლობა ნებისმიერი ზიანის წინააღმდეგ, რაც წარმოიშობა სამედიცინო საქმიანობის ფარგლებში.”*³⁷ ეს ზოგადი ჩანაწერი ერთი მხრივ, ხაზს უსვამს ექიმის მზაობას უზრუნველყოს ზიანის ანაზღაურება, თუმცა მეორე მხრივ, უნდა ითქვას, რომ პირდაპირ არ განსაზღვრას ამ მზაობის დაზღვევის პაკეტით გაფორმების ვალდებულება. თუმცა ზოგიერთ ფედერალურ ერთეულში, პირდაპირ არის რეგულირებული შესაბამისი დაზღვევის არსებობის ვალდებულება.³⁸

ადამიანის უფლებათა დაცვის ევროპული სასამართლო პრაქტიკის მიმოხილვა

სარიშვილი-ბოლქვაძე საქართველოს წინააღმდეგ

მოცემული შემთხვევის მნიშვნელობა მდგომარეობს იმაში, რომ ადამიანის უფლებათა დაცვის ევროპულმა სასამართლომ იმსჯელა არაჯეროვანი სამედიცინო მომსახურების გაწევის დროს, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის დადგომის შემთხვევებზე.

საქმის ფაქტობრივი გარემოებები: 2004 წლის 16 თებერვალს აპლიკანტის შვილი სიმაღლიდან ჩამოვარდნის შედეგად მიღებული დაზიანებებით მიიყვანეს ბათუმის ჰოსპიტალში. მოგვიანებით, 28 თებერვალს პაციენტის მდგომარეობა დამძიმდა, განუვითარდა მუცლის ღრუს სისხლდენა, რის გამოც პაციენტი მოთავსებულ იქნა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. 6 მარტს, მისი მდგომარეობის გაურესების ფონზე, გადაწყდა მისთვის ქირურგიული ოპერაციის ჩატარების აუცილებლობა, რომელიც ჩატარდა 10 მარტს, თუმცა 14 მარტს პაციენტი მოულოდნელად გარდაიცვალა. უნდა აღი-

³⁵ *Kachalia A, Choudhry NK, Studdert DM. Physician Responses to the Malpractice Crisis: From Defense to Offense. Journal of Law, Medicine and Ethics, vol. 33, no. 3, Fall 2005.*

³⁶ *Michelle M. Mello, J.D., Ph.D., M.Phil, Understanding medical malpractice insurance: A primer, RESEARCH SYNTHESIS REPORT NO. 8, January, 2006.*

³⁷ (Model) Professional Code* for Physicians in Germany - MBO-Ä 1997 - ** The Resolutions of the 121st German Medical Assembly 2018 in Erfurt as amended by a Resolution of the Executive Board of the German Medical Association on 14/12/2018.

³⁸ *Man, H. (2013). Medical Malpractice Liability. In: Beran, R. (eds) Legal and Forensic Medicine. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-32338-6_108.*

ნიშნოს, რომ ოჯახის წევრებმა უარი განაცხადეს სასამართლო ექსპერტიზის ჩატარებაზე, რაც ერთადერთი საშუალება იყო გარდაცვალების ზუსტი მიზეზის დადგენისათვის.

გარდაცვლილის ოჯახის წევრებმა სარჩელით მიმართეს ბათუმის რაიონულ სასამართლოს და მოითხოვეს გარდაცვლილისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემოწმება, რაც მოგვიანებით განხორციელდა სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ.

სამედიცინო მომსახურების შემოწმების შედეგად დადგინდა, რომ რიგ შემთხვევებში პაციენტს მომსახურება გაეწია კონკრეტულ დარგში არალიცენზირებული სპეციალისტების მიერ. ასევე, ქირურგიული ჩარევა სისხლდენის მიზეზის იდენტიფიცირებისა და მისი შეჩერების მიზნით მიჩნეულ იქნა დაგვიანებულად. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ექსპერტიზის ჩატარებაზე უარის თქმის გამო, შემოწმებისას რთული დასადგენი გახდა, კონკრეტულად რა იყო სისხლდენის მიზეზი და რამდენად გამართულად ჩატარდა თავად ქირურგიული მომსახურება.

ეროვნული სასამართლოს გადაწყვეტილებით, რეგულირების სააგენტოს დასკვნის საფუძველზე, დადგინდა რომ არაკვალიფიციური ექიმების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურება თავისთავად ვერ ჩაითვლებოდა სტანდარტებთან შესაბამისად, ასევე, აშკარად იკვეთებოდა ქირურგიული ჩარევის დაგვიანება, რაც საკმარისი საფუძველია კლინიკისათვის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაკისრებისათვის. უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილებით, გარდაცვლილის ოჯახის სასარგებლოდ სამედიცინო დაწესებულებას დაეკისრა, როგორც მატერიალური, ასევე, არამატერიალური ზიანის ანაზღაურება, ჯამში დაახლოებით 10,000 ლარის ოდენობით.

მხარეთა პოზიციები: აპლიკანტის მოთხოვნის მიხედვით, საქმე ეხებოდა კონვენციის მეორე მუხლის სავარაუდო დარღვევას, რაც ითვალისწინებს სახელმწიფოს პოზიტიურ ვალდებულებას დაიცვას თავისი მოქალაქეების სიცოცხლე და ქვეყანაში უზრუნველყოს ამ უფლების დაცვის ეფექტური მექანიზმები.

სახელმწიფოს წარმომადგენლის პოზიციით, გამომდინარე იქიდან, რომ აპლიკანტმა ეროვნული სასამართლოს გადაწყვეტილებით მიიღო ფულადი კომპენსაცია მისთვის მიყენებული მატერიალური და არამატერიალური ზიანისათვის, აღნიშნული მიუთითებდა სახელმწიფოს მიერ კონვენციის მეორე მუხლით გათვალისწინებული ვალდებულების ჯეროვნად შესრულებას.

ევროპის სასამართლოს მსჯელობა: სასამართლო დაეყრდნო 2017 წლის 19 დეკემბრის გადაწყვეტილებას საქმეზე - ლოპეს დე სოსა ფერნანდეს, პორტუგალიის წინააღმდეგ³⁹, სადაც სასამართლომ განმარტა სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის შემთხვევები, სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომის პირობებში. კერძოდ, ზოგადი პრინციპის მიხედვით, როდესაც საუბარია მცდარი სამედიცინო ქმედებით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურებაზე, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა შემოიფარგლება, მხოლოდ რეგულატორული ფუნქციებით. უფრო კონკრეტულად კი, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა განისაზღვრება, იმის მიხედვით, ამ უკანასკნელს რამდენად ჰქონდა შემუშავებული შესაბამისი კანონმდებლობა და რეგულაციები, როგორც კერძო, ასევე საჯარო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებებისთვის.

სასამართლომ ასევე იმსჯელა ორ გამონაკლის შემთხვევაზე, როდესაც სახელმწიფოს ვალდებულება სცდება მხოლოდ საკანონმდებლო ფუნქციებს და დღის წესრიგში ექცევა უშუალოდ სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა. პირველი გამონაკლისი მოიცავს ისეთ შემთხვევას, როდესაც პაციენტისთვის მიყენებული ზიანი გამოწვეულ იქნა სიცოცხლისათვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გაუწევლობის გამო, რაც წინასწარ სავარაუდო იყო. ასევე, უფრო მეტი სიცხადისთვის, უნდა ითქვას, რომ აღნიშნული არ მოიცავს ისეთ გარემოე-

³⁹ Lopes de Sousa Fernandes v Portugal, No. 56080/13, ECHR 2017.

ბებს, როდესაც პაციენტს გაეწია ხსენებული მომსახურება დაგვიანებით ან/და არაჯეროვნად, ვინაიდან, მნიშვნელოვანი ფაქტორი სწორედ რომ სერვისის გაუწევლობაა.

მეორე გამონაკლისი შემთხვევაა, როდესაც სისტემური ან/და სტრუქტურული გაუმართაობის გამო, პაციენტს არ მიეწოდა მისთვის აუცილებელი და სიცოცხლის შემანარჩუნებელი სამედიცინო მომსახურება.

იმისათვის, რომ შემთხვევა მოექცეს ზემოაღნიშნულ გამონაკლის კატეგორიებში, აუცილებელია შემდეგი წინაპირობის კუმულაციურად არსებობა:

1. პირველ რიგში, სამედიცინო პერსონალის ქმედება ან/და უმოქმედობა უნდა სცდებოდეს მცდარ სამედიცინო ქმედებას და პერსონალის უბრალოდ გაუფრთხილებლობას. კერძოდ, საქმე უნდა ეხებოდეს წინასწარ ადვილად განჭვრეტად შეცდომას, როდესაც სამედიცინო პერსონალისთვის ცალსახად ნათელი იყო პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის რისკის ქვეშ მოქცევა.

2. მეორე კუმულაციური პირობა არის დაწესებულების არასათანადო ფუნქციონირება, რომელსაც ცალსახად აქვს სისტემური ხასიათი და გამოწვეულია სტრუქტურული გაუმართაობით, არა მხოლოდ ლოკალურ, არამედ სახელმწიფო დონეზე. მაგალითად, მსგავს სისტემურ გადაცდომად ჩაითვლება ზამთრის კურორტულ ზონაში მდებარე, გადაუდებელი სამედიცინო დაწესებულების დახურვა ზაფხულის სეზონის განმავლობაში მისი არახარვეფექტურობის გამო, მაშინ როდესაც რისკის ქვეშ ექცევა ყველა იმ პირთა სიცოცხლე და ჯანმრთელობა, ვინც პოტენციურად შეიძლება გახდეს პაციენტი, ავტოსაგზაო შემთხვევის ან/და სხვა ფაქტორის გამო.

3. მესამე პირობა, რაც სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის წინაპირობა შეიძლება გახდეს, არის კაუზალური კავშირი ზემოაღნიშნულ სტრუქტურულ/სისტემურ გაუმართაობასა და პაციენტის სიცოცხლის/ჯანმრთელობის დაზიანებას შორის. და ბოლოს, მთავარ კომპონენტს წარმოადგენს სახელმწიფო ვალდებულების შეუსრულებლობა ფართო გაგებით, რაც გამოიხატება რეგულატორული ჩარჩოსა და საკმარისი

საკანონმდებლო სტანდარტების არ არსებობაში.

სასამართლოს შეფასებით, მოცემული შემთხვევა არ აკმაყოფილებს ზემოთგანხილული კრიტერიუმების კუმულაციურად არსებობას. კერძოდ, როგორც უკვე აღინიშნა, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის დადგენისთვის, მნიშვნელოვანია სახეზე იყოს მეტი ვიდრე უბრალოდ მცდარი სამედიცინო შეცდომა. სამედიცინო დაწესებულებასა და მისი სახელით მოქმედ პირებს ნათლად უნდა ჰქონდეთ გაცნობიერებული, რომ პაციენტის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე განსაკუთრებული რისკის ქვეშ მოექცა. თუმცა, ეს არ ნიშნავს, რომ სახელმწიფო სრულიად თავისუფლდება პასუხისმგებლობისგან, განსაკუთრებით იმ მოცემულობაში, როდესაც მომსახურების გაწევა მოხდა შესაბამისი ლიცენზიის არ მქონე დაწესებულებაში და მეტიც, შესაბამისი ნებართვის არ მქონე სამედიცინო პერსონალის მიერ. ასეთ დროს, განხილვის საგანია დაირღვა თუ არა კონვენციის მეორე მუხლით უზრუნველყოფილი უფლება, რომელიც სახელმწიფოს უწესებს პოზიტიურ ვალდებულებას, შესაბამისი საკანონმდებლო რეგულაციების უზრუნველყოფით, დაიცვას მოქალაქეთა ჯანმრთელობა და სიცოცხლე.

გამომდინარე იქიდან, რომ სამედიცინო დაწესებულება შესაბამისი ლიცენზიის გარეშე ფუნქციონირებდა, მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო ადგენს აღნიშნულის აუცილებლობას, ფაქტია რომ დამკვიდრებული ბერკეტები არასაკმარისი აღმოჩნდა ასეთი უხეში შეუსაბამობის აღმოსაფხვრელად. ულიცენზიოდ გაწეული მომსახურება, ცალსახად მეტყველებს არაჯეროვან სამედიცინო მომსახურებასა და კაუზალური კავშირის არსებობაზე. აქედან გამომდინარე, ადამიანის უფლებათა დაცვის ევროპულმა სასამართლომ კანონიერად მიიჩნია კონვენციის მეორე მუხლის დარღვევა სახელმწიფოს მიერ და ამ უკანასკნელს დააკისრა გარდაცვლილი პაციენტის ოჯახისათვის შესაბამისი კომპენსაციის ანაზღაურების ვალდებულება.

დასკვნა

მოცემული სტატიის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენდა, პაციენტის დარღვეული უფლების აღდგენისათვის მნიშვნელოვანი ასპექტების იდენტიფიცირება. მიუხედავად ეროვნულ დონეზე არსებული სხვადასხვა რეგულაციებისა, ამ კუთხით მნიშვნელოვანია ორი მიმართულების განმტკიცება. პირველი, ეს არის პაციენტის უფლების დაცვის ალტერნატიული საშუალებების უზრუნველყოფა და მეორე, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დაზღვევის აქტუალურობის გაზრდა.

სფეროს სპეციფიკის გათვალისწინებით, სადაც მიუხედავად ორი კერძო სამართლის სუბიექტის ჩართულობისა, საქმე გვაქვს შედარებით მოწყვლად და სუსტ მხარესთან, რომელსაც სამედიცინო მომსახურების მიმღები ეწოდება, მნიშვნელოვანია საკანონმდებლო დონეზე უზრუნველყოფილი იყოს პაციენტის უფლების დაცვის მარტივი მექანიზმები. როგორც სტატიაშია ნაჩვენები, ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების ერთადერთი გზა სასამართლოსთვის მიმართვაა, მაშინ როდესაც ირლანდიასა და გაერთიანებულ სამეფოში არსებული რეგულაციების მიხედვით, სასამართლოსთვის მიმართვამდე დაზარალებული მხარე უფლებამოსილია საჩივრის წერილითა და შესაბამისი დამატკიცებელი დოკუმენტაციით მიმართოს თავად სამედიცინო დაწესებულებას და მოითხოვოს მისთვის მიყენებული მატერიალური ან/და არამატერიალური ზიანის ანაზღაუ-

რება.

სხვა ქვეყნების გამოცდილებაზე დაყრდნობით, ყველაზე მიღებულ ფორმას წარმოადგენს, თავად სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული დამოუკიდებელი ორგანო, რომელიც იღებს და განიხილავს პაციენტების ან/და მათი კანონიერი წარმომადგენლების საჩივრებს და შესაბამის მსვლელობას აძლევს მათ. გერმანიისა და ირლანდიაში მოქმედი მსგავსი დამოუკიდებელი ორგანოების მაგალითის გათვალისწინებით, აღნიშნული შესაძლოა მიჩნეულ იქნას საკანონმდებლო ცვლილების საჭიროების მქონე ერთ-ერთ საკითხად.

რაც შეეხება პროფესიული დაზღვევის საკითხს, როგორც აღინიშნა ეროვნული კანონმდებლობის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალი არ არის ვალდებული პრაქტიკული საქმიანობის დაწყებამდე ან მის განმავლობაში ფლობდეს სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევას. თუმცა, ანგლო-ამერიკული ქვეყნების გამოცდილებით, ნათელია, რომ სავალდებულო რეგულაციის არ არსებობის პირობებშიც კი, შესაძლებელია სამედიცინო პერსონალის დაინტერესება, რათა ნებაყოფლობით უზრუნველყონ პროფესიული დაზღვევის ქონა. აღნიშნულის ხელშეწყობა ემსახურება, როგორც სამედიცინო პერსონალის, ასევე პაციენტების ინტერესებს, ვინაიდან, ერთი მხრივ, ექიმი დაზღვეულია მისი საქმიანობის ფარგლებში მოსალოდნელი მატერიალური ზიანისგან, ხოლო პაციენტის უფლებების დარღვევის შემთხვევაში, უზრუნველყოფილია მისი კომპენსაცია.

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს დიდი პალატის გადაწყვეტილება საქმეზე „პინდო მულა ესპანეთის წინააღმდეგ“ და პაციენტის ავტონომიის პრინციპი

მიხეილი ქოჩორაშვილი

სამართლის მაგისტრი, ადვოკატი,

იურიდიული ფირმა „კანონიერება და სამართალი კავკასიაში“ მმართველი პარტნიორი

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს დიდმა პალატამ 2024 წლის 17 სექტემბერს საქმეზე „პინდო მულა ესპანეთის წინააღმდეგ“ (Pindo Mulla v. Spain, no. 15541/20) მიიღო მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება, რომლითაც მხარი დაუჭირა პაციენტის უფლებას, დაეთანხმოს ან უარი თქვას მკურნალობის რომელიმე მეთოდზე. ამ გადაწყვეტილებით დიდმა პალატამ ერთსულოვნად განაცხადა, რომ ესპანეთში დაირღვა იეჰოვას ერთ-ერთი მოწმის უფლებები, როცა მოსამართლემ განჩინებით ექიმებს გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე სრულწლოვანი პაციენტისთვის მისი ნების საწინააღმდეგოდ სისხლის გადასხმის უფლება მიანიჭა.

ფაქტობრივი გარემოებები: საქმე ეხებოდა ესპანეთის კასტილია და ლეონის ავტონომიურ ოლქში, ქალაქ სორიაში მცხოვრები ქალბატონი როსა ედელმირა პინდო მულასთვის სისხლის გადასხმას.

2017 წლის მაისში ქალბატონი პინდო მულა მკურნალობდა სორიაში მდებარე სანტა ბარბარას საავადმყოფოში, სადაც დაუდგინდა საშვილოსნოს ფიბრომა (მიომა), რის გამოც ექიმებმა ურჩიეს მის მოსაშორებლად ოპერაციის ჩატა-

რება. იგი დაეთანხმა ამ რეკომენდაციას და ამავდროულად ექიმებს აცნობა, რომ უარს აცხადებდა სისხლის გადასხმაზე მისი ღრმა რელიგიური შეხედულებების გამო. თავისი ამ პოზიციის დასადასტურებლად, პინდო მულამ შეადგინა ორი დოკუმენტი: 1. წინასწარი სამედიცინო განკარგულება, რომელიც მან დაარეგისტრირა კასტილია და ლეონის სპეციალურ რეესტრში, რომელიც შექმნილია ასეთი წინასწარი სამედიცინო დირექტივების რეგისტრაციისთვის და რომელზედაც ხელი მიუწვდებათ ექიმებსაც. ამ დოკუმენტში მან გამოხატა თავისი ნება, რომ უარს აცხადებდა სისხლის გადასხმაზე და ამავდროულად დოკუმენტითვე დაასახელა ორი პირი, რომლებიც მისი სამედიცინო წარმომადგენლობის უფლებამოსილებებს განახორციელებდნენ მის მიერ გაცემული დირექტივის ფარგლებში და 2. შეადგინა მინდობილობა, რომელშიც ასევე დააფიქსირა თავისი პოზიცია სისხლის გადასხმაზე უარის თქმასთან დაკავშირებით. მან იგივე პირები განსაზღვრა თავის წარმომადგენლებად, ვინც წინასწარ სამედიცინო დირექტივაში ჰყავდა მითითებული და ამ დოკუმენტით მათ მიანდო თავისი გადაწყვეტილებების დაცვა იმ

შემთხვევისთვის, თუ მას არ შეეძლებოდა გადაწყვეტილების მიღება. ყველა ეს პროცედურა მან ოპერაციის ჩატარებამდე განახორციელა.

2018 წლის 5 ივნისს პინდო მულა სისხლდენის გამო მოათავსეს იმავე საავადმყოფოში. ხოლო, 7 ივნისს იგი გადაიყვანეს მადრიდში მდებარე „ლა პაზის“ საავადმყოფოში, რომელიც ცნობილია სისხლის გადასხმის გარეშე მკურნალობით. ჯერ კიდევ მაშინ, როდესაც პაციენტი გზაში იყო, „ლა პაზის“ საავადმყოფოს ექიმებმა მიიღეს ინფორმაცია სისხლის გადასხმაზე პაციენტის უართან დაკავშირებით. მათ ფაქტის საშუალებით მიმართეს მორიგე მოსამართლეს და არასწორად აცნობეს, რომ თითქოსდა პაციენტი ყველანაირ მკურნალობაზე აცხადებდა უარს და სთხოვეს მოსამართლეს ნებართვა, მისთვის ჩაეტარებინათ ის სამედიცინო პროცედურები, რომლებსაც ისინი მიიჩნევდნენ აუცილებლად. ისე, რომ არ გამოიკვლია საქმის კონკრეტული დეტალები, მოსამართლემ „ლა პაზის“ საავადმყოფოს უფლება მისცა, პაციენტისთვის ჩაეტარებინა ნებისმიერი პროცედურა, რომლებსაც ექიმები საჭიროდ მიიჩნევდნენ. ამის გამო, მიუხედავად იმისა, რომ საავადმყოფოში შესვლისას პაციენტი ჯერ კიდევ გონზე იყო, ისე რომ მისგან არც ნებართვა აუღიათ და არც დაგეგმილი სისხლის გადასხმის პროცედურის შესახებ უცნობებიათ, ექიმებმა პაციენტს გადაუსხეს სისხლი, რის შესახებაც პაციენტმა მხოლოდ მეორე დღეს შეიტყო. შიდა გასაჩივრების საშუალებების უშედეგოდ ამოწურვის შემდეგ პინდო მულამ ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოს მიმართა ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპული კონვენციის მე-8 (პირადი და ოჯახური ცხოვრების დაცულობის უფლება) და მე-9 (აზრის, სინდისისა და რელიგიის თავისუფლება) მუხლებით გარანტირებული უფლებების დარღვევის დასადგენად. საბოლოოდ, საქმის დიდი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, იგი განსახილველად დიდ პალატას გადაეცა.

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს მსჯელობა: დიდი პალატის 17-ვე მოსამართლის ერთსულოვანი გადაწყვეტილებით ამ საქმეზე დადგინდა განმცხადებლის მიმართ ევროპული კონვენციის მე-8 მუხლის დარღვევა მე-9 მუხლის ჭრილში. ამ გადაწყვეტილებაში აღნიშნულია, რომ „სრულუფლებიან, სრულწლოვან პაციენტს აქვს უფლება, უარი თქვას“ მისთვის არასასურველ სამედიცინო მომსახურებაზე და „ჯანდაცვის სფეროს ფუნდამენტური პრინციპია, დააფასოს პაციენტის უფლება, დათანხმდეს ან უარი განაცხადოს მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდზე“.

ეს გადაწყვეტილება განამტკიცებს ყველა პაციენტის უფლებას, თავად გადაწყვიტოს, თუ მკურნალობის რომელი მეთოდის გამოყენება მოხდება მის მიმართ. იგი კიდევ ერთხელ ადასტურებს იმას, რომ გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტისთვის მისი ნების საწინააღმდეგოდ მკურნალობის რომელიმე მეთოდის გამოყენება არის დაუშვებელი, გარდა ევროპული კონვენციით გათვალისწინებული ძალიან მცირე გამონაკლისებისა (როგორცაა, მაგალითად, მესამე პირების ჯანმრთელობის დაცვა). ხოლო, თუ ასეთი საგამონაკლისო შემთხვევა არ არსებობს, მაშინ თავად პაციენტის გადასაწყვეტია, დაეთანხმება თუ არა ექიმის მიერ შეთავაზებულ მკურნალობას. ექიმის როლი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში არის პაციენტისთვის სრული ინფორმაციის მიწოდება მკურნალობის არსებულ მეთოდებთან და მათ დადებით და უარყოფით მხარეებთან დაკავშირებით. თუმცა იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ირჩევს არა ექიმის მიერ შეთავაზებულ, არამედ მკურნალობის სხვა მეთოდს, ექიმს უფლება არა აქვს პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ იმოქმედოს, მიუხედავად იმისა თუ რა შედეგი შეიძლება გამოიღოს პაციენტის არჩევანმა. ექიმის ვალდებულებაა არათუ პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ არ განახორციელოს რაიმე ჩარევა მის სხეულში, არამედ არ განახორციელოს არანაირი სამედიცინო მანიპულაცია გაც-

¹ Pindo Mulla v. Spain, no. 15541/20, ECHR, 17 სექტემბერი, 2024, პარ. 146.

ნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტის წინასწარი გაცნობიერებული თანხმობის გარეშე.

ზემოაღნიშნული გადაწყვეტილება უპირისპირდება ე. წ. „სამედიცინო პატერნალიზმს“, რომ ექიმმა უკეთ იცის, თუ რა ჯობია პაციენტისთვის და მან უნდა გადაწყვიტოს, რომელი მკურნალობა უნდა გაეწიოს პაციენტს, მიუხედავად პაციენტის სურვილისა. სინამდვილეში, არჩეული მკურნალობა წარმატებული იქნება თუ არა, ამის შედეგებს, პირველ რიგში, პაციენტი იწვნევს საკუთარ თავზე და არა ექიმი. შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღების უფლებაც უნდა ჰქონდეს სწორედ პაციენტს და არა ექიმს. ეს არ აკნინებს ექიმების მაღალი ღირებულების მიზანს გადაარჩინონ ადამიანის სიცოცხლე, მაგრამ ხაზს უსვამს ადამიანის თავისუფალი ნების უმაღლეს ღირებულებას. თუ ადამიანს არ აქვს უფლება მიიღოს გადაწყვეტილებები საკუთარი სხეულის შესახებ, ეს ამცირებს ადამიანის სიცოცხლის ღირებულებას.

გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე სრულწლოვანი პაციენტის მიერ მკურნალობის მეთოდის არჩევის უფლება, მათ შორის იეჰოვას მოწმეების მიერ სისხლის გადასხმაზე რელიგიური მოტივით უარის თქმის უფლება, დიდი პალატის ამ გადაწყვეტილებამდეც არსებობდა. მაგალითად, „მოსკოველი იეჰოვას მოწმეები და სხვები რუსეთის წინააღმდეგ“² და „ტაგანროგის LRO და სხვები რუსეთის წინააღმდეგ“³ საქმეებზე მიღებულ გადაწყვეტილებებში ევროპულმა სასამართლომ ხაზი გაუსვა იეჰოვას მოწმე პაციენტების უფლებას, უარი თქვან სისხლის გადასხმაზე და შესაბამისად ექიმების ვალდებულებას, პატივი სცენ პაციენტის გადაწყვეტილებას. თუმცა, დიდი პალატის ეს გადაწყვეტილება განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა და შეუძლია დიდი გავლენის მოხდენა, როგორც ევროპული საბჭოს წევრ ქვეყნებში, ასევე მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში არსებულ სამედიცინო პრაქტიკაზე.

აქვე გვინდა მოვიყვანოთ დიდი პალატის გადაწყვეტილებიდან ზოგიერთი ნაწილი ამ საკითხზე სასამართლოს მსჯელობასთან დაკავშირებით:

„სასამართლო დასაწყისშივე აღნიშნავს, რომ განსახილველი საქმე განსხვავდება წინა საქმეებისგან, რომლებიც პირადი ავტონომიის დაცვისა და მკურნალობის მეთოდებზე უარის თქმის საკითხებს უკავშირდებოდა. თავის საჩივარში განმცხადებელმა განმარტა, რომ გამოჯანმრთელების მიზნით მკურნალობის ყველა იმ მეთოდზე აცხადებდა თანხმობას, რომელიც არ უკავშირდებოდა სისხლის გადასხმას. ამრიგად, ეს შემთხვევა მკაფიოდ უნდა გაემიჯნოს იმ შემთხვევებს, როცა პირმა უარი განაცხადა სიცოცხლის გაგრძელებაზე, რაც იმით გამოიხატა, რომ უგულებელყო სიცოცხლის შენარჩუნებისთვის აუცილებელი მეთოდები, ევთანაზიას მიმართა ან თვითმკვლელობამდე მიიყვანა საქმე“ (125-ე პუნქტი).

„ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პირადი ავტონომიის დაცვა ზოგადი და ფუნდამენტური პრინციპია, რომელიც მნიშვნელოვნადაა დაცული თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმებით. ქმედუნარიან პაციენტს, რომელსაც სათანადოდ ეცნობა თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მკურნალობის ხელმისაწვდომი საშუალებებისა და იმ შედეგების შესახებ, რაც მკურნალობის უგულებელყოფას მოსდევს, უფლება აქვს, გადაწყვიტოს, დათანხმდეს მკურნალობას თუ თავი შეიკავოს მისგან“ (138-ე პუნქტი).

„მიუხედავად იმისა, რომ მე-8 მუხლში არ არის გაწერილი კონკრეტული პროცედურული მოთხოვნები, ამ ნორმით გარანტირებული უფლებებით სრულად სარგებლობისთვის მნიშვნელოვანია, რომ გადაწყვეტილების მიღების პროცესი, რომლის შედეგებიც ადამიანის პირად ცხოვრებაზე ახდენს გავლენას, იყოს სამართლიანი და ამავე ნორმით გარანტირებული ინტერესების შესაბამისი. საქმის განსაკუთრებული გარემოებებისა და გადაწყვეტილების ბუ-

² Jehovah’s Witnesses of Moscow and Others v. Russia, ECHR, no. 302/02, 10 ივნისი, 2010.

³ Taganrog LRO and Others v. Russia, ECHR, no. 32401/10, 7 ივნისი, 2022.

ნების გათვალისწინებით სასამართლო მსჯელობას, იყო თუ არა დაზარალებული პირი საკმარისად ჩართული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რათა მისი ინტერესები სათანადოდ ყოფილიყო დაცული» (144-ე პუნქტი).

„სასამართლოს ჯერ არ ჰქონია პრაქტიკა, რომ საგანგებო სიტუაციის დროს კონვენციით გათვალისწინებული ზემოთ აღნიშნული უფლებები და მოვალეობები ერთმანეთთან შეეთავსებინა. თავდაპირველად, ის დააფიქსირებს თავის პოზიციას, რომელიც ნათლად ჩანს უკვე არსებული სასამართლო პრაქტიკიდან პაციენტის ავტონომიასთან დაკავშირებით. კერძოდ, აღნიშნავს, რომ ორდინალური სიტუაციების დროს სასამართლო მიჰყვება კონვენციის მე-8 მუხლს, რომლის თანახმადაც ქმედუნარიან ბრდასრულ პაციენტს აქვს უფლება, თავისუფლად და შეგნებულად თქვას უარი სამედიცინო ჩარევაზე მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება მის გადაწყვეტილებას საკმაოდ სერიოზული ან ფატალური შედეგიც კი მოჰყვეს. ჯანდაცვის სფეროს უმთავრესი პრინციპი პაციენტის ნების პატივისცემაა, რომელსაც აქვს უფლება, დათანხმდეს ან უარი თქვას მკურნალობის მეთოდზე» (146-ე პუნქტი).

«საქმეში „მოსკოველი იეჰოვას მოწმეები და სხვები“ აღნიშნული იყო, რომ პაციენტის სიცოცხლის ან ჯანმრთელობის შენარჩუნებისადმი საზოგადოების ინტერესი უნდა ემთხვეოდეს პაციენტის ინტერესს, რომელიც თავად ირჩევს, თუ როგორ წარმართავს საკუთარ ცხოვრებას. თუმცა სასამართლომ ისიც განმარტა, რომ ლეგიტიმურია იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად სარწმუნოა პაციენტის მხრიდან სამედიცინო ჩარევაზე უარის თქმა იმის გათვალისწინებით, რომ მის ჯანმრთელობას და შესაძლოა სიცოცხლესაც კი საფრთხე შეექმნას ... საგანგებო ვითარებაში უნდა დადგინდეს, რომ ქმედუნარიანმა პირმა თავისუფლად და დამოუკიდებლად მიიღო სიცოცხლისთვის აუცილებელ მკურნალობაზე უარის თქმის გადაწყვეტილება და აცნობიერებდა თავისი გადაწყვეტილების შედეგებს. აგრეთვე უნდა დადგინდეს, რომ გადაწყვეტილება, რომლის შესახებაც უნდა ეცნობოს სამედიცინო პერსონალს, შეესაბამება არსე-

ბულ ვითარებას იმ გაგებით, რომ პაციენტის გამოსატული ნება მკურნალობაზე უარის თქმასთან დაკავშირებით არის ნათელი, კონკრეტული და არაორაზროვანი, და ასახავს პაციენტის იმჟამინდელ პოზიციას» (148-ე პუნქტი).

«პაციენტის ავტონომიის პატივისცემიდან გამომდინარე, გონივრულობის ფარგლებში სათანადო ძალისხმევა უნდა მოხმარდეს მკურნალობაზე უარის თქმის ირგვლივ არსებული ეჭვისა და გაურკვევლობის გაფანტვას. სასამართლოს წინა დადგენილებიდან, რომელიც სხვა კონტექსტს უკავშირდებოდა, გამოირკვა, რომ პაციენტის სურვილს უმთავრესი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს. ოვიდოს კონვენციის მე-8 მუხლი დეტალურად არ განმარტავს, თუ რისი გაკეთება მოითხოვება მსგავსი გარემოებების დროს. ამ დებულებასთან დაკავშირებული განმარტებითი ანგარიში ხაზს უსვამს, რომ საჭიროა, ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებმა „გონივრულობის ფარგლებში სათანადო ძალისხმევა მოახმარონ პაციენტის ნება-სურვილის დადგენას“» (149-ე პუნქტი).

„როგორც სასამართლო აღნიშნავს, მოპასუხე სახელმწიფომ ამ საკითხის შეფასების უფლებამოსილების ფარგლებში გადაწყვიტა, რომ წინასწარ გაცემული სამედიცინო განკარგულებისთვის მიენიჭებინა სავალდებულო ძალა; აგრეთვე შეიმუშავა სპეციალური ღონისძიებები, რათა პაციენტის გაცხადებული ნება ცნობილი და სახელმძღვანელო პრინციპი ყოფილიყო ჯანდაცვის სისტემისთვის ქვეყნის მასშტაბით. სასამართლო ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც სახელმწიფოს გადაწყვეტილებით ეს სისტემა მოქმედებს და სწორად გამოყენების შემთხვევაში პაციენტების ნდობას იმსახურებს, სასურველი მიზნის მისაღწევად აუცილებელია, რომ ეფექტურად ფუნქციონირებდეს» (156-ე პუნქტი).

„მორიგე მოსამართლის მიერ გაცემული ნებართვა საჭირო მკურნალობის განხორციელებაზე იყო იმის შედეგი, რომ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მას ხელი არ მიუწვდებოდა მნიშვნელოვან ინფორმაციაზე, რომელიც ეხებოდა სხვადასხვა ფორმითა და სხვადასხვა დროს წერილობით დაფიქსირებულ განმცხა-

დებლის ნების დოკუმენტირებას. ვინაიდან განმცხადებელი ან/და მასთან დაკავშირებული პირები არ იყვნენ ინფორმირებულნი მორიგე მოსამართლის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების შესახებ, თეორიულადაც კი შეუძლებელი იყო ამ ხარვეზის აღმოფხვრა. არც ეს საკითხი და არც განმცხადებლის ქმედუნარიანობის საკითხი სათანადოდ არ იქნა განხილული შემდგომი სასამართლო წარმოებების დროს. ამის გათვალისწინებით, არ შეიძლება ითქვას, რომ შიდასახელმწიფოებრივი სტრუქტურა სათანადოდ გამოეხმაურა განმცხადებლის საჩივარს მისი სურვილების უსამართლოდ უარყოფის შესახებ” (182-ე პუნქტი).

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს დიდი პალატის ზემოაღნიშნულ გადაწყვე-

ტილებას დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ავტონომიის უფლების დასაცავად. ამ გადაწყვეტილებით ევროპული სასამართლო კიდევ ერთხელ აცხადებს, რომ გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტს ნებისმიერ შემთხვევაში უნდა ჰქონდეს ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა, დაეთანხმოს ან უარი თქვას მისთვის შეთავაზებულ ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევაზე. ეს გადაწყვეტილება სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებს დაეხმარება, რომ სწორად ესმოდეთ ექიმის როლი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში იმასთან დაკავშირებით, რომ ექიმმა პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ არ უნდა განახორციელოს სამედიცინო ჩარევა, არამედ ნებისმიერ ასეთ ჩარევამდე წინასწარი ინფორმირებული თანხმობა უნდა მიიღოს პაციენტისგან.