

ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა

პროფ. დოქ. ნუნუ კვანტალიანი

ასოც. პროფ. დოქ. გიორგი რუსიაშვილი

I. შესავალი – სამედიცინო სამართალი, როგორც სამართლის დამოუკიდებელი დარგი

საქართველოში სამედიცინო სამართალს, რომელიც ყველა განვითარებულ მართლმსაჯულებაში სამართლის დამოუკიდებელ დარგს წამოადგენს, ჯერ კიდევ არ შეუძენია დასრულებული კონტურები და მხოლოდ ჩამოყალიბების პროცესშია. ეს პროცესი, რეალურად, ძალიან ნელა მიმდინარეობს.¹ სამართლის ჩამოყალიბებელ დოგმატიკას ახასიათებს დაუმუშავებელი უკიდურესობები და მერყევი პერსპექტივა. ამის ერთ-ერთი ნათელი მაგალითია ის ფაქტი, რომ ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში დღემდე არა-ცალსახაა, ტრიალდება თუ არა ექიმის პასუხი-

სგებისას ბრალის მტკიცების ტვირთი ექიმის საწინააღმდეგოდ. კერძოდ, ის, რომ ექიმი ბრალეულად მოქმედებდა, უნდა ამტკიცოს პაციენტი, თუ ეს ბრალი ივარაუდება და ექიმმა უნდა იმართლოს თავი, ანუ უნდა დაამტკიცოს, რომ პაციენტის დაზიანება მისი ბრალის გარეშე მოხდა. ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში მოიპოვება გადაწყვეტილებები, რომლებიც ამ საკითხს როგორც ერთი, ისე მეორე მიმართულებით წყვეტს (მიუხედავად 1007 2 მუხლისა).

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

სამედიცინო კატეგორიების ამგვარი „თარგმნა“ სამართლის ენაზე საქართველოში ჯერ არ

¹ ამ თემატიკისადმი მიძღვნილი ნაშრომებიდან განსაკუთრებით გამოსაყოფია: კვანტალიანი/კავაჭაძე/მანჯავიძე/მირზიკაშვილი/გვენეტაძე/აზაურაშვილი, ნიგნი პაციენტებისთვის: ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა (გზამკვლევი), თბილისი 2011; კვანტალიანი, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, მე-5 და მომდევნო გვერდები; კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი 2014; გელაშვილი, სამედიცინო სამართლის პრინციპები, მართლმსაჯულება და კანონი, № 2(70)/2021, 38-ე და მომდევნო გვერდები; პეპანაშვილი, სამედიცინო დანესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება (https://press.tsu.ge/data/image_db_innova/samartal/nino_pepanashvili.pdf).

მომხდარა. ეს გაურკვეველობა კი აზიანებს მოცემული ურთიერთობის მონაწილე ყველა მხარეს და კრავს მანკიერ წრეს: ერთი მხრივ, კლინიკები და ექიმები თავდაცვის მიზნით სხვადასხვა გზით (მათ შორის სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების პირობებით) მაქსიმალურად ცდილობენ გამორიცხონ პასუხისმგებლობა, რასაც შემდეგში სასამართლო აბათილებს, როგორც დაუშვებელ სტანდარტულ პირობას, და რაც, ამგვარად, ამოა ცდას წარმოდგენს; მეორე მხრივ, პაციენტებმა, რეალურად, არ იციან, როდის შეუძლიათ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნა ექიმისაგან თუ კლინიკისაგან, რაც წარმოშობს დაუსაბუთებელი სარჩელების დაუსრულებელ რიცხვს და აკარგვინებს ორივე მხარეს დროით და ფინანსურ რესურსს.

ცალკე საკითხია ის, რომ ქართულ სამართალში ასევე დღემდე არ არის ბოლომდე გარკვეული, თუ სამედიცინო მომსახურების რა ხარვეზი შეერაცხება კლინიკას გადაცდომად და რა ფაქტობრივი წინაპირობები წარმოშობს პასუხისმგებლობას.

ზემოთ ხსენებული ეს ორი პრობლემა მხოლოდ სამაგალითო ხასიათს ატარებს და უმცირესი ნაწილია პრობლემათა იმ გროვიდან, რომელსაც ქართული სამედიცინო სამართალი ეწოდება, და რაც, რეალურად, ხელს უშლის მის დამოუკიდებელ დარგად ჩამოყალიბებას, საკუთარი გამოკვეთილი დოგმატიკით.

II. სამედიცინო სამართლის სავარაუდო თემატიკა და ექიმის პასუხისმგებლობის სამართალი

სამედიცინო სამართლის დარგის სავარაუდო თემატიკა, რომელიც ქართულ სამართალში უმეტესწილად დაუმუშავებელია, შემდეგია: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა; ეპიდემიოლოგიური კონტროლი; ექიმის პროფესიის განხორციელება და კლინიკის გაძღოლა; სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და ფუნქციონირების ხარვეზების თანამდევნი სამართლებრივი შედეგები; სამართლებრივი ურთი-

ერთობის წარმოშობა ექიმსა და პაციენტს შორის სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებით და ხელშეკრულების გარეშე; კლინიკაში მიღების სხვა წინაპირობები (პაციენტის პირადი მონაცემები: დოკუმენტაცია, მონაცემთა დაცვა, დოკუმენტაციაზე წვდომა და გაცემა, გაუთქმელობის ვალდებულება და ჩვენების მიცემაზე უარის თქმა); საავადმყოფოს მფლობელ კომპანიასთან დადებული ხელშეკრულება და სადაზღვევო კომპანიასთან დადებული ხელშეკრულება; ჯანმრთელობის დაზღვევა; პასუხისმგებლობა ექიმის შეცდომისათვის; პაციენტის თანხმობა და ინფორმაციის მიწოდება; პაციენტის მოვალეობა; სამედიცინო მომსახურების გამწვევის პასუხისმგებლობის გამომრიცხავი გარემოებები; მოწყვლადი ჯგუფების (მცირეწლოვნები და არასრულწლოვნები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონენი, მოხუცებული პაციენტები, უგონო პირები, უცხოელები, სექტის მიმდევრები, ფსიქიკურად დაავადებულნი) სამედიცინო მომსახურების სტანდარტები; პასუხისმგებლობის ფარგლები, თანაბრალეულობა და ხანდაზმულობა; პროცესუალურ სამართლებრივი საკითხები - სამართალწარმოების სუბიექტები, მტკიცების ტვირთი და მტკიცებულებები; ექიმის ადმინისტრაციულ სამართლებრივი და სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები; ექსტრემალური სიტუაციები: გადაუდებელი დახმარების აუცილებლობა, ინტენსიური მედიცინა, ევთანაზია, გარდაცვალების მომენტი; წარმოშობის დადგენა, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა; სხეულის ბუნებრივი და ხელოვნური ნაწილები, ორგანოების ტრანსპლანტაცია; ბიოსამედიცინო გამოკვლევა: ადამიანებზე და ცხოველებზე ჩატარებული ცდები; სამედიცინო ეთიკა; გენური ინჟინერიის, გენომის ანალიზისა და გენთერაპიის სამართლებრივი საკითხები; მედიკამენტოზური საშუალებებისა და ფარმაცევტული სამართალი და ა. შ.

მოცემული სტატიის თემა იქნება მხოლოდ ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის კონტურების მოხაზვა. ექიმის პასუხისმგებლობის სამართალი ეს არის სფერო, რომელიც ეხება ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივ პასუხისმგებლობას ვალდებულების

დარღვევისათვის და ზოგადად პაციენტისათვის მიყენებული ზიანისათვის. სამოქალაქო სამართალი პაციენტს ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის სახით სტანდარტულად სთავაზობს სახელშეკრულებო (სკ-ის 394 I მუხლი) და დელიქტურ (სკ-ის 992-ე მუხლი) მოთხოვნებს. სტატიაში ეს მოთხოვნები ექიმის პასუხისმგებლობის კონტექსტში დეტალურად იქნება განხილული, რათა გამოიკვეთოს ამ სფეროსათვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ პრობლემათა წრე და მათი დამუშავების მეთოდოლოგია კონკრეტული შემთხვევების გადანაცვებისას.

III. სახელშეკრულებო მოთხოვნები ექიმის წინააღმდეგ – სკ-ის 394 I მუხლი

1. ვალდებულებითი ურთიერთობა

სამოქალაქო კოდექსის 394 I მუხლის, როგორც მოთხოვნის საფუძვლის, გამოყენების წინაპირობაა მხარეთა შორის ვალდებულებითი ურთიერთობის არსებობა.

სტანდარტულ შემთხვევაში, სრულწლოვანი პაციენტი სამედიცინო დაწესებულებასთან დებს ხელშეკრულებას, რომელიც ტიპოლოგიურად განეკუთვნება „მომსახურების მსგავს“ ხელშეკრულებებს. ეს გადანაცვება სრულებით არასაკამათო და ერთხმად აღიარებულია გერმანულ სამართალში – სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება ყოველთვის განეკუთვნება მომსახურების ხელშეკრულებათა ტიპს და არა ნარდობას, რადგან მის ფარგლებში ექიმი პაციენტს არ აძლევს გამოჯანმრთელების გარანტიას და ამგვარად არ ჰპირდება მას მკურნალობის შედეგს.² არ იღებს ვალდებულებას, რომ მკურნალობა აუცილებლად გამოიწვევს შედეგს, არამედ ჰპირდება, რომ ჯეროვნად, საექიმო ოსტატობის წესების დაცვით ჩაუტარებს ამ მკურნალობას: ექიმს შეუძლია შეეცადოს, ზეგავლენა მოახდინოს პაციენტის ფიზიკურ

თუ ფსიქიკურ კონსტიტუციაზე, თუმცა ის ვერ მისცემს სასურველი ცვლილების გარანტიას.³

აღნიშნულისაგან განსხვავებით, ქართული სასამართლო პრაქტიკა სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებას განიხილავს, როგორც სამოქალაქო კოდექსის 629-ე და შემდეგი მუხლით გათვალისწინებულ ნარდობის ხელშეკრულებას.⁴ სასამართლოს ამგვარი განმარტება წინააღმდეგობაშია ასევე დამკვიდრებულ სასამართლო პრაქტიკასთან: უმედეგო მკურნალობა ან მკურნალობის უარყოფითი შედეგი თავისთავად (უდავოდ) არ იწვევს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას. ზიანი გამომწვეული უნდა იყოს მკურნალობისას დაშვებული შეცდომებით, ანუ, თუ მკურნალობა სწორადაა წარმართული, თუნდაც მას უარყოფითი შედეგი მოჰყვეს, არ იწვევს ექიმის პასუხისმგებლობას.⁵

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

² კვანტალიანი, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, 8.

³ კვანტალიანი, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, 8, 9; Wagner in Münchener Kommentar zum BGB, 8. Aufl. 2020, § 630 a Rn. 3 ff.

⁴ მრავალთა შორის იხ. სუსგ № ას-539-512-2015, 28.07.2015.

⁵ სუსგ № ას-38-2021, 18 მაისი, 2021; № ას-1800-2019, 20.02.2020; სუსგ № ას-1046-966-2017, 20.07.2018; სუსგ № 260-244-11, 27.06.2011.

რების გამწევის პასუხისმგებლობას მკურნალობის არასწორი წარმართვა წარმოშობს და არა უარყოფითი, არასასურველი შედეგი.

პრობლემურია შემთხვევა, როდესაც პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების განწევა ხდება საავადმყოფოში სტაციონარულად. ის საკითხი, თუ ვისთან იდება ამ კონკრეტულ შემთხვევაში მედმომსახურების ხელშეკრულება - ექიმთან თუ სამედიცინო დაწესებულებასთან, კონკრეტულ სიტუაციაზეა დამოკიდებული. გერმანული სამართლით, ამ დროს, ჩვეულებრივ, სახეზეა ე. წ. „საავადმყოფოში ტოტალური სამედიცინო მომსახურების განწევის“ ხელშეკრულება პაციენტსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის. სამედიცინო დაწესებულება იღებს ვალდებულებას, გაუწიოს პაციენტს დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამისი სრული სამედიცინო მომსახურება, მათ შორის, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. სამართლებრივად, ექიმები ამ შემთხვევაში გამოდიან, როგორც შესრულებაზე ვალდებული პირის (კლინიკის) დამხმარეები, თუ ისინი ამავედროულად არ არიან სამედიცინო დაწესებულების ორგანოები - ხელმძღვანელობისა და წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების მქონე პირები.

ასეთივე მიდგომაა ქართულ რეალობაშიც. ხელშეკრულების მხარე, როგორც წესი, კლინიკაა, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ექიმი დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას ეწევა „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად. აღნიშნულის გათვალისწინებით, სამედიცინო დაწესებულება ნებისმიერ შემთხვევაში პასუხს აგებს სკ-ის 37 I, 396 მუხლების მიხედვით. გარდა ამისა, განსახილველია ასევე პასუხისმგებლობა სკ-ის 997-ე მუხლის მიხედვით.

პაციენტს ასევე აქვს შესაძლებლობა, განსაზღვრული შესრულება მიიღოს კონკრეტული ექიმისაგან და კონკრეტულად მასთან დადოს ხელშეკრულება. გერმანული სამართალი ამ შემთხვევას „საავადმყოფოში ტოტალური მედმომსახურების განწევის ხელშეკრულების“ დანამატ „საექიმო (მომსახურების) ხელშეკრულებად“ განიხილავს. გარდა ამისა, ცალკე შეიძლება დაიდოს ასევე სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულება სხვადასხვა დარგის მთავარ

თუ წამყვან ექიმებთან (ე. წ. არჩეულ ექიმთა ჯგუფი).⁶ ამის მიღმა ყველა ექიმი რჩება სამედიცინო დაწესებულების წესდების თანახმად უფლებამოსილ წარმომადგენლად ან შესრულების დამხმარედ.⁷ გამოცალკევებულად, მხოლოდ ე. წ. „საავადმყოფოში მოთავსების“ ხელშეკრულების დადების დროს იღებს სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულებას, გაუწიოს პაციენტს მხოლოდ არასაექიმო მომსახურება – საავადმყოფოში მოთავსება და მოვლა. საექიმო მომსახურებას ამ შემთხვევაში წევს შესაბამისი მკურნალი ექიმი იმ ხელშეკრულების საფუძველზე, რომელსაც ის თავად დებს უშუალოდ პაციენტთან.⁸

ცალკეა განსახილველი არასრულწლოვნის/მცირეწლოვნის მკურნალობა, განსაკუთრებით ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ის მშობლის გარეშე სტუმრობს ექიმს (ჩვეულებრივ ეს მაშინ ხდება, როდესაც მას ექიმთან ვიზიტის მშობლებისაგან დამალვა სურს).⁹ შვიდ წლამდე არასრულწლოვანი (მცირეწლოვანი) არის ქმედუვნარო და, შესაბამისად, თავიდანვე არ შეუძლია ხელშეკრულებების დადება (სკ-ის 12 I, VI მუხლი). არასრულწლოვნები, პირები, რომლებსაც უკვე შეუსრულდათ შვიდი წელი, სამოქალაქო სამართლებრივად ითვლებიან შეზღუდულ ქმედუნარიანებად, რაც ნიშნავს იმას, რომ შეუძლიათ დადონ მათთვის მხოლოდ (სამართლებრივად) სასარგებლო გარიგებები (სკ-ის 14 I, 15, 63 I), გარდა საგამონაკლისო დანაწესებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა (სკ-ის 65 I, II).

გერმანულ სამართალში აღიარებულია, რომ კერძო დაზღვევის მქონე არასრულწლოვანი არ

⁶ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 115.

⁷ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 120.

⁸ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 119 f.

⁹ ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის მე-11 მუხლი ეხება მხოლოდ მცირეწლოვანი პაციენტის შემთხვევაში სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებულ საკითხს და არა ზოგადად მედმომსახურების ხელშეკრულების დადებას. მედმომსახურების ხელშეკრულების დადებას მცირეწლოვნის შემთხვევაში ეხება ამავე კანონის 60 I მუხლი. პაციენტთა უფლებების შესახებ კანონის 44-ე მუხლი ეხება ისევ და ისევ მხოლოდ თანხმობას და არა ხელშეკრულების დადებას.

არის უფლებამოსილი, დადოს მედმომსახურების ხელშეკრულება გამომდინარე იქიდან, რომ ის არის მხოლოდ შეზღუდულად ქმედუნარიანი და ეკისრება გადახდის ვალდებულება.¹⁰ განსხვავებულად არის საქმე იმ არასრულწლოვნის შემთხვევაში, რომელიც სარგებლობს საყოველთაო დაზღვევით და ამგვარად მას გადახდის ვალდებულება არ ეხება, არამედ სახელმწიფო ხაზინაა ამ შემთხვევაში გადამხდელი. იმ შემთხვევაში, როდესაც მედმომსახურების ხელშეკრულება არანამდვილია, ანაზღაურების მოთხოვნა წარმოდგება დავალების გარეშე სხვისი საქმეების შესრულებიდან (სკ-ის 969, 973-ე მუხლები). თუ არასრულწლოვანი მისივე მშობლებმა გამოგზავნეს, ის მოქმედებს, როგორც შიკრიკი ან წარმომადგენელი. თუ არასრულწლოვანს თან ახლავს მშობლები, ხელშეკრულება უშუალოდ მათთან იდება, მაგრამ, ნებისმიერ შემთხვევაში, ეს არის არასრულწლოვნის სასარგებლოდ დადებული ხელშეკრულება (სკ-ის 349-ე მუხლი).¹¹

2. ვალდებულების დარღვევა

ა) ექიმის ვალდებულებათა პროგრამის შინაარსი

სამედიცინო მომსახურების გამწვევ ექიმს აკისრია პირადად შესასრულებელი ვალდებულებები ან სამედიცინო დაწესებულებას აკისრია ვალდებულება, განახორციელოს შესრულება კვალიფიციური თანამშრომლის მეშვეობით.¹²

თვითონ შესრულების შინაარსთან დაკავშირებით ერთმანეთისაგან არის გასამიჯნო სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა პლასტები: მედმომსახურების სტანდარტულ შინაარს წარმოადგენს ექიმის მიერ „სიტუაციიდან გამომდინარე ყველა შეპირებული სამედიცინო ქმედების განხორციელება“. გერმანიის სამოქალა-

ქო კოდექსში მედმომსახურების ხელშეკრულების თავის ჩამატების შემდეგ (გსკ-ის 630a და მომდევნო პარაგრაფები) შესაბამის ნორმაში ექიმის მიერ განსახორციელებელ ვალდებულებათა წრე აღწერილია „შეპირებული მედმომსახურების“ განვების ვალდებულებად, რაც გულისხმობს ანამნეზს, გამოკვლევასა და დიაგნოზს, ისევე, როგორც თავად თერაპიასა და პოსტთერაპიულ პერიოდში ზედამხედველობას. გარდა ამისა, ექიმს დამატებით ეკისრება პაციენტის ინფორმირების ვალდებულება:¹³ მან უნდა ჩააყენოს პაციენტი საქმის კურსში იმასთან დაკავშირებით, თუ რა ტიპის თანაქმედებაა საჭირო პაციენტის მხრიდან მკურნალობის წარმატებით დასრულებისათვის (ე. წ. „თერაპეუტის მხრიდან თავის დამზღვევი ინფორმაციის მიწოდება“) და განუმარტოს მას, რა ხარჯები წარმოიშობა მკურნალობის/გამოკვლევის ჩატარების პროცესში, თუ, რა თქმა უნდა, ამ ხარჯების დაფარვა არ ხდება მესამე პირის (მზღვეველის) მხრიდან (ეკონომიკურ შედეგებთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდება¹⁴). გარდა ამისა, ექიმმა პაციენტი უნდა გაარკვიოს და გაათვითცნობიეროს დაგეგმილი ჩარევიდან გამომდინარე რისკებსა და სარგებელში და სავარაუდო ალტერნატიულ მკურნალობის მეთოდებში. ყველა ზემოხსენებულის საფუძველზე ექიმმა პაციენტისაგან უნდა მიიღოს გაცნობიერებული/ინფორმირებული თანხმობა (შეად. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის 8 | 1 და პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის 18 | მუხლი). გარდა ამისა, ექიმმა უნდა შეადგინოს პაციენტის აქტი/ანკეტა და მოახდინოს ექიმის პოზიციიდან ყველა არსებითი ღონისძიებისა და მათი შედეგის დოკუმენტირება.¹⁵

ყველა ეს ვალდებულება გერმანიაში ამჟამად ერთიანი და სისტემატიზირებული სახით თავად სამოქალაქო კოდექსშია დაფიქსირებული (გსკ-ის 630a და მომდევნო პარაგრაფები).

¹⁰ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 126.

¹¹ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 1124.

¹² Wagner in Münchener Kommentar zum BGB, 8. Aufl. 2020, § 630 a Rn. 77 ff.

¹³ ეს ვალდებულება გსკ-ში 630c მუხლშია დაფიქსირებული.

¹⁴ Spickhoff in Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 3. Auflage, 2018, § 630 a Rn. 33 ff.

¹⁵ კვანტალიანი, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, 10, 11; Wagner in Münchener Kommentar zum BGB, 8. Aufl. 2020, § 630 a Rn. 80 ff.

საქართველოში კი ისინი მხოლოდ სპორადულადაა მოწესრიგებული სხვადასხვა კანონში („ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი“; „პაციენტის უფლებების შესახებ კანონი“; „საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონი“ და ა. შ.). ვალდებულებათა ერთიანი პროგრამის კონსტრუირება მხოლოდ კანონის ნორმებზე დაყრდნობით არც არის შესაძლებელი. მიუხედავად ამისა, ეს ყველაფერი მაინც გამომდინარეობს მედმოსახურების ხელშეკრულების ფარგლებში, სულ მცირე, კონკლუდენტურად მიღწეული შეთანხმებიდან და მისი განმარტებიდან.

გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, საავადმყოფოს მთავარ ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას ეკისრება, საკუთრივ მომსახურების განევასთან ერთად, ე. წ. ორგანიზაციული ვალდებულებები, რომლებიც არსებობს ასევე სახელშეკრულებო ვალდებულებების სახით (როგორც დამცავი ვალდებულებები სკ-ის 316 II მუხლის გაგებით). მაგალითად, საავადმყოფოში ცალსახად უნდა იყოს დადგენილი და გამიჯნული კომპეტენციები და პასუხისმგებლობა, ოპერატიული გეგმისა და წარმომადგენლობითი წესების მეშვეობით; თანამშრომლები შერჩეული უნდა იყვნენ გულისხმიერად და მათზე უნდა ხორციელდებოდეს შესაბამისი კონტროლი; საავადმყოფო უნდა აკმაყოფილებდეს შესაბამის სტანდარტს, როგორც მედ-, ისე დამხმარე პერსონალის მომზადებისა და შესაბამისი აპარატურის კუთხით; პაციენტების უსაფრთხოება, ისევე, როგორც ჰიგიენა და სამედიცინო აპარატურის ფუნქციონირება, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს.¹⁶

ყველა ზემოთ აღნიშნულ სიბრტყეში და მმართველებით ექიმმა შეიძლება დაარღვიოს/არასრულად შეასრულოს თავისი ვალდებულებები და ამგვარად მას შეეცდებოდა ხელშეკრულების დარღვევა.

სამედიცინო დაწესებულებების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონით (მუხლი 63) ექვემდებარება სახელმწიფო კონტროლს. ამავდროულად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

ქართულ სინამდვილეში მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რაც ხშირად დაწესებულებათა არასწორ მენეჯმენტსა და საერთაშორისო სტანდარტების გაუთვალისწინებლობაში ვლინდება. სასამართლო პრაქტიკის ანალიზი ცხადყოფს, რომ პაციენტის უფლების დარღვევა ზოგ შემთხვევაში სწორედ სამედიცინო დაწესებულებათა ფუნქციონირების ხარვეზებითაა გამოწვეული.¹⁷ ასე მაგ., ერთ-ერთ საქმეში სასამართლომ დადგენილად მიიჩნია, რომ პაციენტი კლინიკაში მკურნალობის პერიოდში C-ჰეპატიტით დაინფიცირდა და, შესაბამისად, არასწორ სამედიცინო მომსახურებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის პირდაპირი მიზეზობრივი კავშირი არსებობდა.¹⁸ სხვა შემთხვევაში, კლინიკის უმოქმედობამ - ჰოსპიტალიზაციის დაგვიანებამ (დაახლოებით 32-36 საათით) - უკიდურესად მძიმე პაციენტის უარყოფითი დინამიკა საკმაოდ სწრაფად განავითარა და სამედიცინო პერსონალის შემდგომი ქმედებები უშედეგო აღმოჩნდა, რის გამოც პაციენტი გარდაიცვალა.¹⁹

ბ) ვალდებულების დარღვევის აბსტრაქტული დადგენა

მოცემულ სტადიაზე, პირველ რიგში, ქცევაზე მიბმულ ვალდებულებათა ბუნებიდან გამომდინარე, პრობლემურია იმის დადგენა, თუ შინაარსობრივად რა ითვლება ვალდებულების დარღვევად, განსაკუთრებით, მისი ბრალის შერაცხვისაგან გამიჯვნის კონტექსტში, გამომდინარე იქიდან, რომ „გაუფრთხილებელი“ ქმედება, ჩვეულებრივ, უკვე ვალდებულების დარღვევას წარმოადგენს. ამგვარად, ნაწილობრივ გამოთქმულია მოსაზრება, რომ ვალდებულების დარღვევასა და ბრალს შორის საერთოდ არ უნდა გაკეთდეს განსხვავება: ამით ხდება არაგულისხმიერი ქცევის საკითხის თითქმის სრულად გადატანა ვალდებულების დარღვევის (რომელიც პაციენტის სამტკიცებელია) სიბრტ-

¹⁶ Katzenmeier in BeckOK BGB, 53. Aufl., 2020, § 630 a Rn. 113 f.

¹⁷ სარიშვილი-ბოლქვაძე საქართველოს წინააღმდეგ.

¹⁸ სუსგ № ას-1779-1757-2011, 09.02.2012.

¹⁹ სუსგ № ას-1057-997-2015, 29.01.2016.

ყეში (მისი ბრალის სიბრტყეში მოთავსების შემთხვევაში მოხდებოდა ექიმის შეცდომის ვარაუდი, რაც ასევე არათანმიმდევრულია), რის გამოც სკ-ის 394 I 2 და 1007 2 მუხლში მონესრიგებული ბრალის პრეზუმფცია ფუჭი ხდება (იქმნება შთაბეჭდილება, რომ კანონმდებელმა შექმნა უსაგნო ნორმები).²⁰ ამიტომაც, ზემოთ თქმულის საპირისპიროდ, სახელშეკრულებო ვალდებულებების ფორმულირების მასშტაბად უნდა იქნეს გამოყენებული „უმაღლესი ხარისხის გულისხმიერება“, ხოლო ბრალის სიბრტყეში კი, შემცირებული, სიტუაციასა და ურთიერთობაში ჩართულ პირთა წრეს მორგებული მასშტაბი.²¹

გ) სამედიცინო შეცდომის ტიპები

ამ კონტექსტში ყველაზე მნიშვნელოვან შემთხვევას წარმოადგენს, რა თქმა უნდა, არასწორი მედმომსახურება, ანუ ხელშეკრულებით შეპირებული ჯეროვანი მომსახურებიდან გადახვევა. ექიმი იღებს პროფესიული დარგობრივი სტანდარტის მომსახურების განევის ვალდებულებას, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც მხარეებს შორის რაიმე სხვაა შეთანხმებული.²²

მედმომსახურების ხარისხისათვის გადამწყვეტია „საბუნებისმეტყველო მეცნიერებების მიერ მოპოვებული ცოდნა და საექიმო გამოცდილება, რომელიც საჭიროა მომსახურების მიზნის მისაღწევად და გამოცდილია დროში“.²³ ეს ფორმულირება ძირითადად შეესატყვისება სასამართლო პრაქტიკას, რომლის მიხედვითაც, ექიმმა უნდა მიიღოს ის ზომები, რომლებიც მოსალოდნელია „კეთილსინდისიერი და ყურადღებიანი ექიმისაგან, რომელიც საკუთარი დარგის პროფესიონალია“.²⁴ სხვა მხრივ, საორიენტაციოდ გამოდგება შესაბამისი პროფესიული

საზოგადოების მიერ შემუშავებული სამედიცინო ღირებულებები.²⁵ თუ მომსახურება არ შეესატყვისება ამგვარად განსაზღვრულ სტანდარტს, ზოგადად, სახეზეა სამედიცინო შეცდომა. თუმცა სამედიცინო შეცდომა ასევე სახეზეა, როდესაც ექიმი აღწერილ სტანდარტზე აღმატებულ ცოდნას ფლობს და მას არ იყენებს.²⁶

ეს „ბმა“ ამ პროფესიულ სტანდარტთან არ გამორიცხავს ე. წ. ინოვაციური მეთოდების გამოყენებას ან პროტოკოლით გაუთვალისწინებელი მკურნალობის მცდელობებს: ისინი უნდა განხორციელდეს და არ წარმოადგენს სამედიცინო შეცდომას, როდესაც „არსებული, უკვე გამოცდილი მეთოდების დადებითი და უარყოფითი მხარეების ახალ მეთოდებთან შედარებისას ეს უკანასკნელი გაცილებით უფრო სარგებლის მომტანია პაციენტისათვის“.²⁷ ინოვაციური მეთოდების გამოყენების დროს, რომელთა შემთხვევაშიც არ არსებობს პროფესიული სტანდარტი, ექიმს ეკისრება ვალდებულება, გამოიჩინოს წინდახედული მკურნალის გულისხმიერება.²⁸ გარდა ამისა, ექიმსა და პაციენტს შეუძლიათ ინდივიდუალური შეთანხმებით გადაუხვიონ პროფესიულ სტანდარტს, რადგან ექიმის შებოჭვა მხოლოდ აღიარებული პროფესიული სტანდარტით შეზღუდავდა თერაპიის თავისუფლებას, ისევე, როგორც პაციენტთა კერძო ავტონომიას.²⁹ თუ სტანდარტისაგან გადახვევა ხდება ინდივიდუალური შეთანხმებით, მისი დაუცველობის შემთხვევაში არ არის სახეზე სამედიცინო შეცდომა. ამასთან, შეთანხმებული მასშტაბი შეიძლება აღემატებოდეს (მაგ., განსაკუთრებულად გულისხმიერი მკურნალობის შეთანხმება) ან ჩამოუვარდებოდეს (უარი სისხლის გადასხმაზე იჰოვას მოწმეების შემთხვევაში³⁰) დადგენილ სტანდარტს.³¹ დასაშვებობის ზღვარი მიღწეულია მხოლოდ მაშინ, როდესაც

²⁰ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 313.

²¹ Spickhoff in Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 3. Auflage, 2018, BGB § 280 Rn. 9.

²² Spickhoff in Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 3. Auflage, 2018, BGB § 630 c Rn. 37.

²³ RegE, BT-Drs. 17/10488, 19; შდრ. ჯანმრთელობის შესახებ კანონის 3 მ) მუხლი.

²⁴ BGH, 29.11.1994 - VI ZR 189/93.

²⁵ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 324.

²⁶ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 328, 332.

²⁷ BGH VersR 2006, 1073.

²⁸ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 332.

²⁹ Katzenmeier in BeckOK BGB, 53. Aufl., 2020, § 630 a Rn. 189.

³⁰ BGH NJW-RR 2002, 811.

³¹ Katzenmeier in BeckOK BGB, 53. Aufl., 2020, § 630 a Rn. 190.

სტანდარტისაგან გადახვევა წინააღმდეგობაში მოდის კანონთან ან მორალთან (სკ-ის 54-ე მუხლი).

სამედიცინო შეცდომათა დანარჩენ ფორმებს შორის გამოსაყოფია შემდეგი: მომსახურების საერთოდ არგანევა, ამის აუცილებლობის მიუხედავად,³² ე. წ. არასაჭირო სამედიცინო მოქმედებები, მაგალითად, არარსებული ჩვენების შემთხვევაში, დიაგნოზისათვის აუცილებელი კვლევების არჩატარება ან კვლევის შედეგების არშენახვა.³³ ე. წ. მცდარი დიაგნოზი, ანუ ჯეროვნად ჩატარებული კვლევების შედეგების არასწორი ინტერპრეტაცია, მხოლოდ აბსოლუტურ გამონაკლის შემთხვევებში შეიძლება ჩაითვალოს სამედიცინო შეცდომად: შეცდომა ხშირად ხდება პაციენტის ორგანიზმის თავისებურებიდან გამომდინარე და სიმპტომების მიკუთვნება კონკრეტული დაავადებისადმი ყოველთვის ცალსახა არ არის; მათ შეიძლება ჰქონდეთ განსხვავებული განმავლობის ფაქტორები. ამგვარად, შეცდომა სახეზეა მხოლოდ მაშინ, როდესაც დიაგნოსტიკური შეფასება კეთილსინდისიერი ექიმის პოზიციიდან უკვე სრულებით გაუმართლებელი ჩანს.³⁴

ვალდებულების დარღვევას წარმოადგენს ასევე სამედიცინო მომსახურების გაწევა, მიუხედავად კომპეტენციის ან შესაბამისი უნარის არარსებობისა (მაგ., გადაღლა),³⁵ არასაკმარისი პროფესიონალიზმი, ზედმეტად თავდაჯერებულობა ხანგრძლივი პრაქტიკის, პოპულარობის ან ცოდნის გადაჭარბებული შეფასების გამო, არასაკმარისად კონსტრუქციული აზროვნება და სხვა.³⁶

სხვა ზოგადი არაჯეროვანი შესრულებაც, რომელიც არ წარმოადგენს მედმომსახურების

ნაწილს, ასევე წარმოადგენს სახელშეკრულებო (დამატებითი) ვალდებულების დარღვევას.³⁷

დ) მტკიცების ტვირთთან დაკავშირებული საკითხები

სამედიცინო მომსახურებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას მტკიცების ტვირთის განაწილება ქართულ იურიდიულ ლიტერატურაში სიღრმისეულად შესწავლილი არ არის. ამავდროულად, სასამართლო პრაქტიკით ერთგვაროვანი მიდგომა ჩამოყალიბებული ამ სფეროში მტკიცების სტანდარტთან მიმართებით. ზოგადად, დადგენილი პრაქტიკით, ექიმს ეკისრება იმის მტკიცების ტვირთი, რომ პაციენტს ჩაუტარდა ხელშეკრულებით შეპირებული და უშეცდომო მკურნალობა, იგი პასუხს აგებს არასწორ მკურნალობაზე და მხოლოდ ასეთი მკურნალობის თანამდევ უარყოფით შედეგზე. ამდენად, ექიმის პასუხისმგებლობის საფუძველი არის არა მკურნალობის უარყოფითი შედეგი, არამედ სამედიცინო მეცნიერების სტანდარტებიდან გადახვევა.³⁸ არაბრალეულობის მტკიცების ტვირთი აწევს სამედიცინო დაწესებულებას. ასეთ დროს პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანების ფაქტის არსებობა ქმნის იმის პრეზუმფციას, რომ მის ჯანმრთელობას ზიანი სამედიცინო დაწესებულების ბრალით მიადგა და საწინააღმდეგო სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა დაადასტუროს.^{39, 40} თუ ამ პრაქტიკას სიტყვასიტყვით გავიგებთ და განვაზოგადებთ, მისგან გამომდინარე

³² Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 337.

³³ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 346 ff.

³⁴ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 344.

³⁵ Katzenmeier in BeckOK BGB, 53. Aufl., 2020, § 630 h Rn. 51.

³⁶ კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი 2014, 116.

³⁷ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 350.

³⁸ სუსგ № 1268-1526-09, 25.05.2010.

³⁹ სუსგ № ას-260-244-2014, 28.05.2014; სუსგ № ას-1102-1038-2015, 22.01.2016; სუსგ № ას-111-111-2018, 11.05.2018.

⁴⁰ დელიქტური წესით პასუხისმგებლობის, სკ-ის 1007-ე მუხლის განმარტებით, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების შესახებ სამართალწარმოებაში პაციენტს/დაზარალებულს ეკისრება ზიანის, ზიანის მიმყენებლის არამართლზომიერი მოქმედების/უმოქმედობისა და არამართლზომიერ ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირის დამტკიცება (სუსგ № ას-111-111-2018, 11.05.2018). სამედიცინო მომსახურების გამწვანება უნდა ამტკიცოს, რომ იგი მართლზომიერად მოქმედებდა ან/და ზიანი მის მოქმედებას არ მოჰყოლია.

ნარეობს, რომ ვალდებულების დარღვევის არარსებობაც ექიმის სამტკიცებელია.

ამის საპირისპიროდ, გერმანულ სამართალში, ვალდებულების დარღვევა, ზოგადად, უნდა ამტკიცოს პაციენტმა; მტკიცების მასშტაბს წარმოადგენს საპროცესო კოდექსის 286-ე პარაგრაფი (მოსამართლის სრული დარწმუნება). თუმცა გსკ-ის 630h I პარაგრაფის მიხედვით, ივარაუდება მკურნალი ექიმის შეცდომა, როდესაც რეალიზდა მემდომსახურებიდან გამომდინარე ზოგადი რისკი, რომელიც ექიმისათვის სრულად კონტროლირებადი იყო და რამაც გამოიწვია პაციენტის სიცოცხლის, სხეულისა და ჯანმრთელობის დაზიანება. მემდომსახურების ზოგადი რისკის რეალიზების ქვეშ არ ექცევა ჩვეულებრივი სამედიცინო შეცდომა, არამედ აქ საქმე ეხება იმ ზიანს, რომელიც პაციენტს ადგება იმ რისკების რეალიზების შედეგად, რომლებიც წარმოდგება ექიმის ან სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციული სფეროდან და არა პაციენტის სფეროდან და არ ეხება საექიმო მოქმედებათა ბირთვს. აქ საქმე ეხება ვალდებულებებს, რომელთა შესრულებისთვისაც მოვალემ შედეგზე დამოკიდებულად უნდა აგოს პასუხი, რადგან შესაბამისი რისკების განეიტრალება პრაქტიკულად სრულად შეუძლებოდა შესაბამისი ხელმისაწვდომი წინდახედულობის ზომებით.⁴¹

IV. ბრალი

მოვალე, სკ-ის 395 I მუხლის მიხედვით (ცალკეულ შემთხვევებში სკ-ის 396-ე მუხლით შერაცხვის საფუძველზე), პასუხს აგებს განზრახვისა და გაუფრთხილებლობისათვის.

პაციენტისათვის მიყენებული ზიანისას, როგორც წესი, ექიმის განზრახი ბრალი არ არსებობს. ასეთ შემთხვევებში საკმარისია, დადგინდეს ექიმის გაუფრთხილებლობა, რაც გულისხმობს მის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების აუცილებელი გულისხმიერებისა და ყურადღების გარეშე განხორციელებას. გულისხმიერებასა და ყურადღებიანობაში იგულისხმება ექიმის მიერ საჭირო სამედიცინო მოქმედებების ზედ-

მინევით ხარისხიანად, აღიარებული სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად შესრულება.⁴² სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაკისრებისათვის საკმარისია დადასტურდეს ექიმის გაუფრთხილებლობა და არა განზრახვა არასასურველი შედეგის დადგომის მიმართ, ამასთანავე, დამდგარი ზიანი უშუალოდ ამ ქმედების შედეგს უნდა წარმოადგენდეს და არა მკურნალობის თანმდევ შედეგს, რომლის თავიდან აცილებაც სამედიცინო დაწესებულებას ობიექტურად არ შეეძლო.⁴³ ამასთან, სწორედ სამედიცინო პერსონალია ვალდებული, გამორიცხოს თავისი ბრალი პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესებასა თუ ჯანმრთელობის მდგომარეობის არასრულ გაუმჯობესებაში. ამ საკითხის გარკვევა მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის საკითხის გადანყევტისთვის. ბრალეულობაზე საუბრისას იგულისხმება გაუფრთხილებელი ბრალი და არა განზრახ ქმედება, რომელიც განსხვავებულ სამართლებრივ შედეგებს წარმოშობს. არსებობს პრეზუმფცია იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალი მოქმედებს კეთილსინდისიერად, მაქსიმალური გულისხმიერებით და მის განზრახვას და მიზანს წარმოადგენს პაციენტის გამოჯანმრთელება. სამოქალაქო პასუხისმგებლობის საკითხი დგება სამედიცინო პერსონალის გაუფრთხილებელი ქმედების შედეგად, რაც უნდა განიმარტოს ისეთ ქცევად, როდესაც მან ვერ გამოიჩინა შესაბამისი გულისხმიერება, წინდახედულობა და არ გამოიყენა თავისი ცოდნა და კვალიფიკაცია, მის ხელთ არსებული საშუალებები მოსალოდნელი და დასაშვები რისკების პრევენციისთვის.⁴⁴

მემდომსახურების ხელშეკრულების ფარგლებში ბრალის განსაზღვრის მასშტაბად გამოიყენება ზოგადი პროფესიული სტანდარტი, თუ სხვა რამ არ არის შეთანხმებული: როგორც ზემოთ იქნა აღწერილი, ბრალის სიბრტყეში გამოიყენება სიტუაციასა და სამოქალაქო ბრუნვას მორგებული მასშტაბი.⁴⁵ ინდივიდუალური სი-

⁴¹ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 328.

⁴² სუსგ № ას-1124-1044-2017, 30.07.2018.

⁴³ სუსგ № ას-593-568-2016, 14.07.2017.

⁴⁴ სუსგ № ას-1102-1038-2015, 22.01.2016.

⁴⁵ Spickhoff in Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 3. Auflage, 2018, BGB § 280 Rn. 9.

სუსტე არ არის გამამართლებელი გარემოება.⁴⁶ პაციენტმა არ უნდა ამტკიცოს ექიმის/სამედიცინო დაწესებულების ბრალი, ის ივარაუდება და ამ უკანასკნელის გასაქარწყლებელია (სკ-ის 394 2 მუხლი).⁴⁷ ამ გაქარწყლებისათვის ექიმმა უნდა დაამტკიცოს, რომ მას არ მოუვიდა სამართლებრივი შეცდომა ან პროფესიული სტანდარტი კონკრეტულ სიტუაციაში მისთვის არ იყო შეცნობადი.⁴⁸ გამომდინარე იქიდან, რომ ბრალი წარმოადგენს ექიმის პასუხისმგებლობის მთავარ და საკვანძო საკითხს, აქ მისი დეტალური განხილვაა მიზანშეწონილი:

1. განზრახვა

ექიმის მიერ პაციენტის ჯანმრთელობისა და სხეულის განზრახ დაზიანება არ წარმოადგენს სამედიცინო პრაქტიკაში გავრცელებულ შემთხვევას და უპირველესად განსახილველ საგანს. მართალია, ექიმის მხრიდან ხდება პაციენტის სხეულის ინტეგრულობაში ჩარევა და, ამგვარად, შემადგენლობის მხრივ, შესრულებულია სხეულისა და ჯანმრთელობის დაზიანება, ნებით და გაცნობიერებულად, თუმცა ჩვეულებრივ სახეზე არ არის გაცნობიერებული არაგულისხმიერი ქმედება. ასევე, პაციენტისათვის ინფორმაციის არმიწოდება ან არასრული ინფორმირება, ჩვეულებრივ, არ ხდება ექიმის მხრიდან შესაბამისი განზრახვით.

2. გაუფრთხილებლობა

სკ-ის 395 I მუხლის მიხედვით, გაუფრთხილებლად იქცევა პირი, რომელიც არ იჩენს სამოქალაქო ბრუნვაში აუცილებელ გულისხმიერებას. ერთმანეთისაგან მიჯნავენ გარეგან და შინაგან გულისხმიერებას. იმისათვის, რათა სახეზე იყოს გაუფრთხილებელი ქმედება, ექიმმა უნდა დაარღვიოს როგორც გარეგანი, ისე შინაგანი გულისხმიერების მოთხოვნები.

გარეგანი გულისხმიერებით მოქმედებს ექიმი, რომელიც მეცნიერულ სტანდარტს იყენებს პაციენტის მომსახურებისას. ექიმი არ არის ვალდებული, ყოველთვის აირჩიოს ყველაზე უსაფრთხო თერაპევტული გზა, თუმცა მკურნალობის ახალი მეთოდების გამოყენების შემთხვევაში განსაკუთრებული სიფრთხილის გამოჩენაა აუცილებელი.⁴⁹ მაღალი რისკი შეიძლება გამართლებული იყოს სიტუაციის გადაუდებლობით ან გამოჯანმრთელების უფრო მაღალი ალბათობით.⁵⁰ დიაგნოზი და თერაპია უნდა განხორციელდეს იმგვარად, როგორც ის ამ დარგის მედმუშკისაგან არის მოსალოდნელი. უნდა ჩატარდეს ელემენტარული ანალიზები; მაგალითად, აპენდიციტის მწვავე სტადიის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ ჩატარდეს ოპერაცია. თავიდან უნდა იქნეს არიდებული ორგანიზმის სისხლის მიმოქცევის სისტემის გადატვირთვა შემცველი ნივთიერებებით და ამით გამოწვეული ფილტვების შეშუპება.⁵¹

შინაგანი გულისხმიერება მგომარეობს ინტელექტუალურ-ემოციონალურ დამოკიდებულებაში, რომელიც მოიცავს საფრთხის გაცნობიერებასა და გარეგანი გულისხმიერების დაცვას;⁵² სისხლის სამართლის დოგმატიკა ამ შემთხვევაში საუბრობს აუცილებელ „განჭვრეტადობაზე“.⁵³ მაგალითად, ექიმი ვალდებულია ზუსტად გათვალოს რენტგენული გამოსხივებით მაქსიმალური შესაძლებელი დატვირთვა ორგანიზმისათვის; თუ ახალშობილს ახასიათებს სიყვითლე, ექიმმა უნდა იფიქროს Rh-კონფლიქტზე და ოპერირებული პაციენტის წნევის სწრაფი ვარდნის შემთხვევაში შეამოწმოს, ხომ არ არის დაწყებული შინაგანი სისხლდენა.⁵⁴ თუ მცდარი დიაგნოზი ემყარება ჩატარებული კვლევების არასწორ ინტერპრეტაციას, შეიძლება ჯერ კიდევ არ იყოს სახეზე შინაგანი გულისხმიერების დარღვევა.⁵⁵ იმისათვის, რომ

⁴⁶ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, Rn. 328.

⁴⁷ სუსგ № ას-1009-946-2010, 7.04.2011; სუსგ № ას-260-244-2014, 28.05.2014; სუსგ № ას-1102-1038-2015, 22.01.2016.

⁴⁸ Spickhoff in Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 3. Auflage, 2018, BGB § 630 a Rn. 9.

⁴⁹ BGHZ 172, 254.

⁵⁰ BGH BeckRS 9998, 99503.

⁵¹ OLG Düsseldorf, 22.12.1988 - 8 U 211/87.

⁵² OLG München, NJW 1997, 1642.

⁵³ F.-C. Schroeder, Die Fahrlässigkeit als Erkennbarkeit der Tatbestandsverwirklichung, JZ 1989, 776 ff.

⁵⁴ BGH VersR 1968, 850.

⁵⁵ OLG Köln VersR 1991, 1288.

გამოირიცხოს ექიმის გაუფრთხილებელი ქცევა, ალტერნატიულად საკმარისია შინაგანი გულისხმიერების დაცვა ან გარეგანი გულისხმიერების გამოჩენა: თუ, მიუხედავად არასწორად დასმული დიაგნოზისა, ექიმის მიერ ჩატარებული თერაპია არის სწორი და ქმედითი, ის ამგვარად უკვე ბრალის/გაუფრთხილებლობის გარეშე მოქმედებს; თუ თვალის ექიმს ოპერაციის დროს ხელი უკანკალებს და წინა დღეებში მას ამის ნიშნები არ ეტყობოდა, შინაგანი გულისხმიერება დაცულად უნდა ჩაითვალოს.

მაგალითად, გერმანიის ფედერალურმა სასამართლომ⁵⁶ შინაგანი გულისხმიერება დაცულად ჩათვალა იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც: მარცხენა ტერფის დისტორზიისას (სახსრის დაჭიმულობისას) ორთოპედმა კორტიზონით მკურნალობა დანიშნა, რამაც გამოიწვია ძვლის ტუბერკულოზის გაუარესება, რომელიც მანამდე ფარულად მიმდინარეობდა. სასამართლომ ექიმი გაათავისუფლა პასუხისმგებლობისაგან, რადგან, ექსპერტის აზრით, ძვლის ტუბერკულოზი იყო საკმაოდ იშვიათი დაავადება და მისი ვერშემჩნევა არ წარმოადგენდა შინაგანი გულისხმიერების დარღვევას.

სხვა შემთხვევაში ორთოპედმა რენტგენის სურათებზე ვერ შენიშნა გიგანტური უჯრედოვანი სიმსივნე მუხლის სახსარში. მან პაციენტს უმკურნალა რეალურად არსებულ მენისკის დაზიანებაზე. სასამართლოს მიხედვით, ეს იქნებოდა შინაგანი გულისხმიერებისადმი ზედმეტი მოთხოვნების წაყენება, თუ ორთოპედი ვალდებული იქნებოდა უკიდურესად იშვიათი დაავადებაც კი შეენიშნა.⁵⁷

აუცილებელი გულისხმიერება, როგორც შინაგანი, ისე გარეგანი, არის ნორმატიული, სოციალურ-სამედიცინო და ობიექტურ-ტიპიზირებული. ის ნორმატიულია იმდენად, რამდენადაც გარემოებების შესატყვისი გულისხმიერებაა გამოსაჩენი, ანუ ექიმმა უნდა მიიღოს შესაბამისი და აუცილებელი ზომები დიაგნოზის დასმისა და მკურნალობისას. გავრცელებული უნესრიგობა არ წარმოადგენს გამამართლებელ გარემოებას, მაშინაც კი, როდესაც ის ამ საავადმყოფო-

ში ჩვეულებრივი მოვლენაა, მაგ., არასაკმარისი დეზინფექცია. სოციალური ფაქტორების გათვალისწინება გულისხმობს იმას, რომ ექიმს მოეთხოვება მხოლოდ იმდენი, რაც „სამედიცინო ბრუნვაში“ შეიძლება იყოს მოსალოდნელი, ანუ მან არ უნდა შეასრულოს იმაზე მეტი, ვიდრე მისი სხვა კოლეგისაგან იქნებოდა მოსალოდნელი მსგავს სიტუაციაში. აქ მნიშვნელობას იძენს ასევე ეკონომიკური ფაქტორები (მათ შორის, კერძო თუ საყოველთაო დაზღვევით განპირობებული), რომლებსაც შესწევთ უნარი, ქვევით დანიონ ნორმალური სტანდარტი. გულისხმიერება არის ობიექტურ-ტიპიზირებული სტანდარტი სპეციალიზირებულ პროფესიონალურ წრეებში, ანუ, მაგალითად, სპეციალისტი ექიმისა თუ ოჯახის ექიმის ქცევა მსგავს სიტუაციაში. ინდივიდუალური უცოდინრობა ან სისუსტე არ წარმოადგენს გამამართლებელ გარემოებას; თუ ექიმი ფლობს განსაკუთრებულ ცოდნასა და უნარებს, მან ეს უნარები უნდა გამოიყენოს.⁵⁸ მაგალითად:

კბილის ექიმს ფესვის დამუშავებისას ხელიდან გაუტყურდა დაახლოებით 4 სმ სიგრძის ნემსი, რომელიც ჩაუვარდა პაციენტს პირში და გადაეყლაპა. გერმანიის უმაღლესმა ფედერალურმა სასამართლომ არ გაითვალისწინა კბილის ექიმის არგუმენტი, რომ, ჩვეულებრივ, სხვა გამოცდილი პრაქტიკოსი კბილის ექიმებიც დაუმაგრებელი ნემსით მუშაობენ. გადამწყვეტი იყო არა ზოგადი, არამედ კონკრეტული საფრთხის წინაშე გამოსაჩენი გულისხმიერება.⁵⁹

1948 წელს კილის საუნივერსიტეტო კლინიკაში პაციენტის რენტგენზე გაშუქების შედეგად ექიმმა ვერ შეამჩნია ტუბერკულოზის მცირე კერა. სასამართლომ უკუაგდო პაციენტის სარჩელი, რადგან სამოქალაქო ბრუნვაში გამოსაჩენი გულისხმიერების მასშტაბის განსაზღვრისას გასათვალისწინებელი იყო სიტუაციის ექსტრაორდინალურობა. ორმოციანი წლების ბოლოსაკენ არსებული ვითარება და სისტემის გადანაცვლებასთან დაკავშირებული სირთულეები ამართლებდნენ გადაცდენებსა და გამორჩენებს.⁶⁰

⁵⁶ OLG Düsseldorf MedR 1986, 197.

⁵⁷ OLG Düsseldorf BeckRS 1988, 4099.

⁵⁸ BGH BeckRS 9998, 99195.

⁵⁹ BGH NJW 1953, 257.

⁶⁰ BGH BeckRS 1960, 30376478.

ბავშვი დაიბადა 5.460 კგ. მას შემდეგ, რაც დედის ორგანიზმიდან გამოვიდა თავი, მას, პირველ ეტაპზე, არ გამოჰყვა მხრები. პირველად თავი გამოქაჩა ბებიაქალმა, შემდეგ სპეციალურად მოხმობილმა გამოცდილმა ასისტენტ-ექიმმა. მხოლოდ ამის შემდეგ დაუძახეს წამყვან ექიმს, რომელმაც შეძლო მშობიარობის დასრულება. ქაჩვის შედეგად განვითარებული გართულებების გამო ბავშვს წარმოეშვა მკლავის წნულის ცალმხრივი დამბლა, სახისა და ქუთუთოების დამბლასთან ერთად. გერმანულმა მხარის უმაღლესმა სასამართლომ უკუაგდო სარჩელი, რადგან ბებიაქალისაგან და ასისტენტ-ექიმისაგან უფრო მაღალი სტანდარტი არ იყო მოსალოდნელი, მიუხედავად იმისა, რომ მათი ქმედებები მემომსახურების განვითარების დადგენილ წესებთან თანხმობაში არ ყოფილა. გერმანიის უმაღლესმა ფედერალურმა სასამართლომ საქმე უკან დააბრუნა განსახილველად. საქიმო სტანდარტი – აქ: სამშობიარო განყოფილებაში აღიარებული სტანდარტი – განისაზღვრებოდა ობიექტივიზირებულად, ხოლო მის დაუცველობას უნდა გამოეწვია მედპერსონალის პასუხისმგებლობა. მშობიარობისას, ნაყოფის მხრის დისტოციის შემთხვევაში რეკომენდირებული არ იყო დედის მუცლის ზედა ნაწილზე ვერტიკალური დანოლა, მიუხედავად იმისა, რომ 1993 წელს ეს ჯერ კიდევ არ ითვლებოდა უხეშ სამედიცინო შეცდომად.⁶¹

სამოქალაქო ბრუნვაში გამოსაყენებელი გულისხმიერება წარმოადგენს პლასტიკურ ინსტრუმენტს: ის არ ადგენს გახევებულ წესებს და არ ოპერირებს მეცნიერებიდან ნასესხები მოუხეშავი სტანდარტებით. ამის საპირისპიროდ, ყოველ ჯერზე უნდა დაისვას კითხვა, თუ როგორ მოიქცეოდა გამოცდილი და გულისხმიერი ზოგადი პროფილის მემუშაკი ან სპეციალისტი ექიმი ამ განსაკუთრებულ სიტუაციაში. სიტუაციაზე ორიენტირება წარმოადგენს გულისხმიერების განსაზღვრის ქვაკუთხედს. სტანდარტის გადმოღება მეცნიერებიდან ხდება მისი ნორმატიული გაფილტვრის შემდეგ. ამიტომაც შესაძლებელია, რომ კონკრეტულმა გარემოებებმა, მაგალითად, პაციენტის ალერგიული-

ბამ, განაპირობოს განსაკუთრებული გულისხმიერების გამოყენების აუცილებლობა. ამის საპირისპიროდ, შესაძლებელია ექსტრაორდინარულმა სიტუაციამ და გადაუდებელი დახმარების აუცილებლობამ ქვევით დანიოს გულისხმიერების ნორმალური სტანდარტი. მაგალითად, უბედური შემთხვევისას, როდესაც დაუყოვნებლივი რეაგირებაა საჭირო, გამართლებულია უჩვეულო ზომების გამოყენება (მაგ., საყლაპავი მილის გაჭრა ჯიბის დანით).⁶²

V. სამართლებრივი შედეგები

ზიანის ოდენობის გამოთვლა ხდება სკ-ის 408-ე და მომდევნო მუხლების მიხედვით. პაციენტს შეუძლია მოითხოვოს სამედიცინო შეცდომით განპირობებული დამატებითი მემომსახურების ხარჯების ანაზღაურება და შესაბამისი მორალური ზიანი სკ-ის 413-ე მუხლის მიხედვით.

მკურნალობის შედეგად გამოწვეული ზიანის ანაზღაურება მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება, 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. უშედეგო მკურნალობა ან მკურნალობის უარყოფითი შედეგი თავისთავად (უალტერნატივოდ) არ იწვევს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას. ზიანი გამოწვეული უნდა იყოს მკურნალობისას დაშვებული შეცდომებით, ანუ, თუ მკურნალობა სწორადაა ჩატარებული, თუნ-

⁶¹ BGH NJW 2001, 1786.

⁶² OLG Düsseldorf BeckRS 1976, 01108. 83 წლის პაციენტი კატარაქტის ოპერაციის გაკეთების შემდეგ, საავადმყოფოს საწოლიდან წამოდგომის მცდელობისას, წაიქცა და მოიტეხა თეძო. სასამართლომ უკუაგდო მისი სარჩელი. პაციენტის მიმართ განსაკუთრებული დაცვითი ზომების გამოყენება (მაგ., დაბმა) აუცილებელი იყო მხოლოდ ექსტრაორდინალურ შემთხვევებში.

დაც მას უარყოფითი შედეგი მოჰყვეს, არ იწვევს ექიმის პასუხისმგებლობას.⁶³

მიზეზშედეგობრივი კავშირი (კაუზალიტეტი) ექიმის მხრიდან ვალდებულების დარღვევასა და ამით წარმოშობილ პირველად დაზიანებას შორის, ჩვეულებრივ, პაციენტმა უნდა ამტკიცოს,⁶⁴ გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ექიმს შეერაცხება (პაციენტის მიერ სამტკიცებელი) უხეში შეცდომა მკურნალობისას, ანალიზების ჩატარებისას, დიაგნოზირებისას ან შეერაცხება მძიმე ორგანიზაციული გადაცდომა.⁶⁵

ზემოთ აღწერილი პრინციპების თანახმად, უხეში შეცდომა მედმომსახურებისას სახეზეა მედმუშაკის მხრიდან სამედიცინო გადაცდომის შემთხვევაში, რომელიც „ობიექტური საექიმო პოზიციიდან, ექიმისათვის მოქმედი განათლებისა და მეცნიერების მასშტაბის გამოყენებით, გაუგებარი და უპასუხისმგებლოა, რადგან ეს შეცდომა მედმუშაკს ამ პერსპექტივიდან საერთოდ არ უნდა მოსვლოდა.“⁶⁶ მედმომსახურების გამწვევს შეუძლია გააქარწყლოს კაუზალობის ვარაუდი, თუ დაამტკიცებს, რომ მოვლენათა ამგვარი განვითარება ცალკეულ შემთხვევაში სრულებით არასავარაუდო იყო.⁶⁷

გარდა ამისა, კაუზალიტეტი ივარაუდება ასევე მაშინაც, როდესაც მედმუშაკი არ იყო კომპეტენტური, გაენია შესაბამისი მომსახურება.⁶⁸

რაც შეეხება კაუზალობას ჯანმრთელობის თანმდევ ზიანთან⁶⁹ მიმართებით (ზიანი, რომელიც ჯანმრთელობის პირველად ხელყოფას სცდება), გამოიყენება პაციენტის სასარგებლოდ მტკიცების ტვირთის შემსუბუქება: საკმარისია, კაუზალობა სავარაუდო იყოს დიდი ალბათო-

ბით. სხვა მხრივ, უხეში სამედიცინო შეცდომის შემთხვევაში, მტკიცების ტვირთის შეტრიალება მასზე (თანმდევ დაზიანებაზე) არ ვრცელდება, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ჯანმრთელობისათვის მიყენებული თანმდევი ზიანი წარმოადგენს თავდაპირველი დაზიანების ტიპურ შედეგს და მედმუშაკის ქცევის წესების უხეში უგულვებელყოფა მოვლენათა სწორედ ამგვარი განვითარების რისკს შეიცავდა.⁷⁰

VI. დელიქტური მოთხოვნები – სკ-ის 992-ე მუხლი

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების არსებობა არ გამორიცხავს დელიქტური ვალდებულების წარმოშობას, ვინაიდან ამ სფეროში ზიანის წარმოშობას, როგორც წესი, საფუძვლად უდევს არა სახელშეკრულებო პირობათა დარღვევა, არამედ ჯანმრთელობაზე მართლსაწინააღმდეგო ქმედებით პირის აბსოლუტური უფლების ხელყოფა.

ექიმის სკ-ის 992-ე მუხლით დელიქტური პასუხისმგებლობის წინაპირობაა ზიანის მართლსაწინააღმდეგოდ მიყენება^{71, 72} მართლსაწინააღმდეგობა, პირველ რიგში, შეიძლება განპირობებული იყოს აბსოლუტური უფლებების დარღვევით. ეს ექიმის პასუხისმგებლობის შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, არის პაციენტის სხეული და ჯანმრთელობა. ამ სიკეთეთა ხელყოფა მოცემულ სიტუაციაში, როგორც წესი, გამომწვეულია ექიმის უშუალო აქტიური ქმედებით. თუმცა, ამის გარდა, შესაძლოა სახეზე იყოს ბრუნვის უსაფრთხოების ვალდებულებების⁷³ დარღვევა, კერ-

⁶³ სუსგ № 260-244-11, 27.06.2011; სუსგ № ას-1124-1044-2017, 30.07.2018.

⁶⁴ BGH BeckRS 9998; შდრ. მიზეზშედეგობრივ კავშირთან დაკავშირებით: კვანტალიანი, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, 5-ე და მომდევნო გვერდები.

⁶⁵ Greiner in Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, Kommentar, 3. Auflage, 2018, § 630 a Rn. 33 ff.

⁶⁶ BGHZ 71, 132.

⁶⁷ Prütting/Merrem in Prütting, Medizinrecht, Kommentar, 5. Aufl. 2019, BGB § 630 h Rn. 59.

⁶⁸ შდრ. გსკ-ის 630 h IV პარაგრაფი.

⁶⁹ კვანტალიანი, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, 7.

⁷⁰ იხ. კვანტალიანი, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, 7; Prütting/Merrem in Prütting, Medizinrecht, Kommentar, 5. Aufl. 2019, BGB § 630 h Rn. 61.

⁷¹ კვანტალიანი, მართლმსაჯულება და კანონი № 2(33)/2012, 5.

⁷² სკ-ის 1007 II მუხლი არ წარმოადგენს მოთხოვნის დამოუკიდებელ საფუძვლებს, არამედ მხოლოდ უთითებს დელიქტური პასუხისმგებლობის მომწესრიგებელ ზოგად ნორმებზე. ამ მუხლის მე-2 წინადადება ატრიალებს მტკიცების ტვირთს მედმუშაკისა და სამედიცინო დაწესებულების საზიანოდ.

⁷³ იხ. რუსიაშვილი/ევნატაშვილი, კაზუსები კანონისმიერ ვალდებულებით სამართალში, თბილისი 2016, 203.

დოდ, ორგანიზაციული ვალდებულებების დარღვევა. ასევე, მხოლოდ არასწორმა ინფორმაციის მიმწოდებელმა პერსონალმა, რომელიც თავად არ აკეთებს ოპერაციას, შეიძლება პასუხი აგოს უმოქმედობისათვის (როდესაც ეკისრებოდა მოქმედების ვალდებულება) და მოუწიოს ოპერაციით მიყენებული სხეულებრივი ზიანის ანაზღაურება.⁷⁴

მედმუშაკის ზიანის მომტანი ქმედება უნდა იყოს მართლსაწინააღმდეგო. ამასთან მართლსაწინააღმდეგობა, შედეგის უმართლობის შესახებ მოძღვრების თანახმად, ინდივიდუალური სამართლებრივი სიკეთის დაზიანებით. ამიტომაც, უნდა მოხდეს მხოლოდ მართლსაწინააღმდეგობის გამომრიცხავი ფაქტორების შემოწმება, განსაკუთრებით კი – პაციენტის თანხმობის.

სახელშეკრულებო პასუხისმგებლობის მსგავსად მედმუშაკის ბრალი ივარაუდება და ის ამ უკანასკნელის გასაქარწყლებელია (სკ-ის 1007 2 მუხლი). გაუფრთხილებლობის სტანდარტთან და ზიანის ფარგლებთან დაკავშირებით იხ. ზემოთ.

მართლსაწინააღმდეგოდ მიიჩნევა არასათანადო სამედიცინო მომსახურება, რაც გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ სამედიცინო საქმიანობის მარეგულირებელი კანონებისა და კანონქვემდებარე აქტების დარღვევას. მედიცინის მუშაკის ქცევა მართლსაწინააღმდეგოა, თუ პაციენტს ზიანი მიაღდა არსებული სტანდარტების გვერდის ავლით განხორციელებული სამედიცინო მომსახურებით.⁷⁵

ქცევის მართლსაწინააღმდეგობა შეიძლება გამოიხატოს როგორც მოქმედებაში, ასევე უმოქმედობაში. ასე მაგალითად, ერთ-ერთ საქმეში სასამართლომ დაადგინა, რომ პაციენტის მძიმე მდგომარეობის მიუხედავად, მოპასუხემ მისი ჰოსპიტალიზაცია დროულად არ განახორციელა, პაციენტის საერთო მდგომარეობა

32-36 საათით დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის პირობებში უკიდურესად დამძიმდა, რის გამოც სამედიცინო პერსონალის შემდგომი ქმედებები უშედეგო აღმოჩნდა და პაციენტი გარდაიცვალა.⁷⁶

სამედიცინო მუშაკის ქმედების მართლწინააღმდეგობის შეფასებისას სასამართლო უთითებს შემდეგზე: საექიმო შეცდომაში იგულისხმება ექიმის მიერ საზოგადოდ აღიარებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტებისა და კანონმდებლობით განსაზღვრული წესების დარღვევა, რამაც განაპირობა პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც, თავის მხრივ, პაციენტისათვის ზიანის მიყენების უშუალო მიზეზი გახდა.⁷⁷

VII. შეჯამება

ექიმის პასუხისმგებლობის სამართალში ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის სტანდარტული საფუძვლები, როგორებიც არის სკ-ის 394 I და 992-ე მუხლები, გარკვეულ მოდიფიკაციას განიცდიან. ეს, პირველ რიგში, ეხება მტკიცების ტვირთსა და გაუფრთხილებლობის, როგორც ბრალის ფორმის, სპეციალურ მასშტაბს, მაგრამ ასევე ექიმის ვალდებულებათა პროგრამას. ექიმის პასუხისმგებლობის სამართალი წარმოადგენს გარკვეულ რეგულატორულ ნაზავს ზოგადი პასუხისმგებლობის რეჟიმისა იმ სპეციალურ რეჟიმთან, რომელიც განპირობებულია სამედიცინო პროფესიის სპეციფიკით (სამეცნიერო დარგობრივი ცოდნა და ამ პროფესიის პრაქტიკაში განხორციელებასთან დაკავშირებული თავისებურებები), თუმცა ამავედროულად არც თუ უმნიშვნელო როლს თამაშობს მთელი რიგი სოციალური ფაქტორები.

⁷⁴ BGH VersR 2015, 240.

⁷⁵ კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, თბილისი, 2014, გვ.167.

⁷⁶ სუსგ № ას-1057-997-2015, 29.01.2016.

⁷⁷ სუსგ № 1268-1526-09, 25.05.2010.