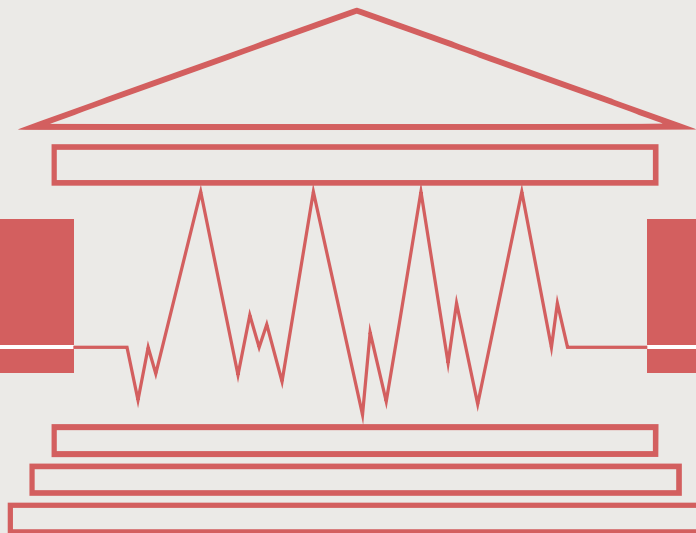


2/2023



# სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი

შინაარსიდან

**მნიშვნელოვანი ტენდენციები გერმანიის სასამართლო პრაქტიკაში  
სამედიცინო სამართლის მიმართულებით 2021 წელს**  
ულრიხ ჰაგენლოხი

**ჯანდაცვის სამართლის დისციპლინა და მისი განვითარების პერსპექტივა  
საქართველოში**  
ნინო ლაშაბერიძე / გიორგი ბახტურიძე

**მტკიცების ტვირთის ანალიზი სამედიცინო დავებში ქართული, ინგლისური და  
ამერიკის შეერთებული შტატების სამართლის მიხედვით**  
ანა კვანტალიანი

**ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების სამართლებრივი ასპექტები**  
ნინო ბერიძე

**კაციენტის პირადი ცხოვრების დაცვის გარანტიები - კონფიდენციალურობის  
ვალდებულება (ქართული და საერთაშორისო გამოცდილება)**  
დავით ქანთარია



**გრუნეი**  
გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტი  
GRIGOL ROBAKIDZE UNIVERSITY

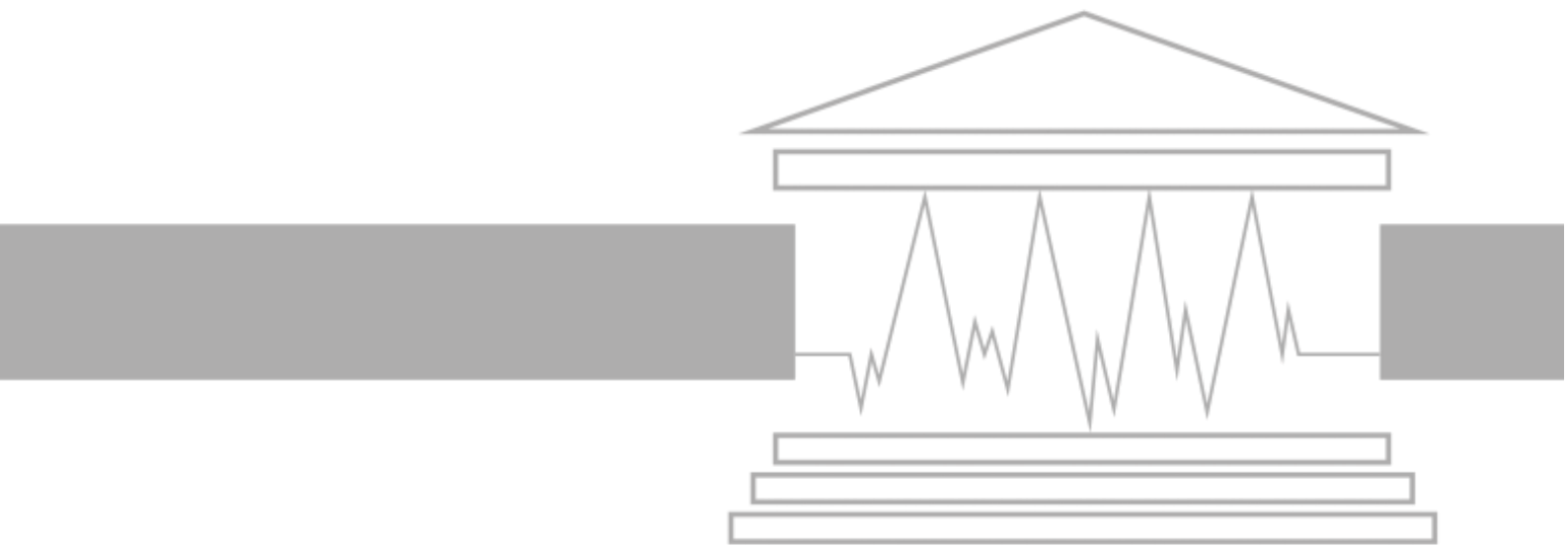


**B**  
BIGVAVA  
BATIASHVILI



იმერიული  
დახმარების  
სამსახური

**MG**  
LAW



2/2023

სამედიცინო სამართლისა და  
მენეჯმენტის ჟურნალი



**გრუნი**

გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტი  
GRIGOL ROBAKIDZE UNIVERSITY



BIGVAVA  
BATIASHVILI



იურიდიული  
დახმარების  
სამსახური

**MG**  
LAW

ISSN 2720-8575

© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის იურიდიული  
ფაკულტეტი, 2023

© გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, 2023

© ავტორები, 2023

# სარედაქციო კოლეგია

## იურიდიული მიმართულება

- პროფ. გიგა ხუბუა** (მთავარი რედაქტორი), თსუ, President of Steinbeis University
- პროფ. ნუნუ კვანტალიანი** (მთავარი რედაქტორი), გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
- ასოც. პროფ. გიორგი რუსიაშვილი** (მთავარი რედაქტორი), თსუ
- პროფ. თამარ ზარანდია** (მთავარი რედაქტორი), თსუ, იურიდიული ფაკულტეტის დეკანი
- პროფ. ლადო ჭანტურიძე**, თსუ, ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო
- პროფ. მამუკა თავხელიძე**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორი
- პროფ. მულნაზ გალდავა**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორის მოადგილე
- პროფ. გიორგი მირიანაშვილი**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის რექტორის მოადგილე
- პროფ. ქეთევან მჭადლიშვილი-ჰედრიხი**, თსუ, Friedrich-Schiller-Universität Jena
- ნათია გუჯაბიძე**, სააპელაციო სასამართლოს მოსამართლე
- ულრიხ ჰაგენლოხი**, დრეზდენის უმაღლესი სამხარეო სასამართლოს ყოფილი პრეზიდენტი
- პროფ. ოლაფ მუტჰორსტი**, 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 წიკვაძე**, უზენაესი სასამართლოს ყოფილი მოსამართლე
- ალექსანდრე იოსელიანი**, თბილისის სააპელაციო სასამართლოს ყოფილი მოსამართლე
- ასოც. პროფ. ლადო სირდაძე**, BTU, knowledgeTools International GmbH
- თეიმურაზ ბიგვაძე**, იურიდიული ფირმა „ბიგვაძე ბატიაშვილი“
- ზვიად ბატიაშვილი**, იურიდიული ფირმა „ბიგვაძე ბატიაშვილი“
- ასოც. პროფ. გიორგი სვანაძე**, თსუ, MG Law Office
- ხათუნა დიასამიძე**, IRZ
- რაჟდენ კუპრაშვილი**, იურიდიული დახმარების სამსახურის დირექტორი
- პროფ. მარინე კვაჭაძე**, საქართველოს უნივერსიტეტი
- პროფ. ზვიად გაბისონია**, BTU, საქართველოს უნივერსიტეტი, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი
- პროფ. ირმა გელაშვილი**, საქართველოს უნივერსიტეტი
- თამარ ტატანაშვილი**, თსუ, „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ მთავარი იურისტი, ადვოკატი
- დავით მაისურაძე**, თსუ, იურიდიული ფაკულტეტის მთავარი სპეციალისტი
- ანა კვანტალიანი**, თსუ, იურიდიული ფაკულტეტის დოქტორანტი
- პროფ. ტანელ კირიკია**, 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 თეგეთაშვილი** (მთავარი რედაქტორი), გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლის დეკანი
- პროფ. ნინო წილოსანი**, გრ. რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი
- ირაკლი გოგოხია**, ამერიკული ჰოსპიტლის კლინიკური დირექტორი
- ასოც. პროფ. ირაკლი სასანია**, თბილისის სამედიცინო აკადემია, ჯანდაცვის ექსპერტი
- როინ რეკვაძე**, ამერიკული ჰოსპიტლის გულის რითმის მართვისა და ელექტროფიზიოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი
- პროფ. გონა ჩუტაყრაშვილი**, სამედიცინო ცენტრ "ინოვას" კლინიკური დირექტორი
- პროფ. ირმა მანჯაშვილი**, თსუ, სამედიცინო განათლების ევროპული ასოციაციის ასოცირებული წევრი
- პროფ. ზურაბ ორჯონიძე**, თსუ, ქირურგიული სტომატოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი
- ასოც. პროფ. ეკა ეკალაძე**, თსუ, დიპლომირებული მედიკოსის ამერიკული პროგრამის დირექტორი
- პროფ. დიმიტრი კორძაია**, თსუ, მედიცინის ფაკულტეტის დეკანი
- პროფ. გიგა თომაძე**, თსუ, საქართველოს ტრასპლანტოლოგთა ასოციაციის ხელმძღვანელი
- ოთარ გახოკია**, თსუ, ინგოროყვას საუნივერსიტეტო კლინიკა
- ასოც. პროფ. თამარ გოდერიძე**, საქართველოს უნივერსიტეტი, ქართულ-ამერიკული საოჯახო მედიცინის ცენტრი „მედიქალ ჰაუსი“

ტექნიკური რედაქტორი: **დავით მაისურაძე**  
ენობრივი რედაქტორი: **ბელა ბალხაშიშვილი**  
დიზაინერი: **ანა ბოლქვაძე**



# სარჩევი

## სამედიცინო სამართალი

მნიშვნელოვანი ტენდენციები გერმანიის სასამართლო პრაქტიკაში სამედიცინო სამართლის მიმართულებით 2021 წელს <i>ულრიხ ჰაგენლოხი</i>	1
ჯანდაცვის სამართლის დისციპლინა და მისი განვითარების პერსპექტივა საქართველოში <i>ნინო ლაშაბერიძე / გიორგი ბახტურიძე</i>	32
მტკიცების ტვირთის ანალიზი სამედიცინო დავებში ქართული, ინგლისური და ამერიკის შეერთებული შტატების სამართლის მიხედვით <i>ანა კვანტალიანი</i>	44
ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების სამართლებრივი ასპექტები <i>ნინო ბერიძე</i>	73
პაციენტის პირადი ცხოვრების დაცვის გარანტიები - კონფი- დენციალურობის ვალდებულება (ქართული და საერთაშორისო გამოცდილება) <i>დავით ქანთარია</i>	98



# მნიშვნელოვანი ტენდენციები გერმანიის სასამართლო პრაქტიკაში სამედიცინო სამართლის მიმართულებით 2021 წელს\*

ულრიხ კამენლოხი

დრეზდენის უმაღლესი სამხარეო სასამართლოს ყოფილი პრეზიდენტი

## I. შესავალი

როგორც უკვე ცნობილია<sup>1</sup>, 2022 წლიდან განზრახულია ყოველ ექვს თვეში ერთხელ ახლადდაფუძნებულ სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალში გამოქვეყნდეს გერმანულ სამედიცინო სამართალში არსებული ტენდენციების შეჯამება. ამ გზით დროთა განმავლობაში სამედიცინო-სამართლებრივი საკითხების ზოგადი მიმოხილვის შექმნის შესაძლებლობა იქნება. ამასთან, ცენტრალურ საკითხს წარმოადგენს ექიმის სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხი. იმისთვის, რომ ეს ზოგადი მიმოხილვა უფრო ფართო საფუძველს დაეყრდნოს, ქვემოთ იქნება წარმოდგენილი 2021 წლის ძირითადი ტენდენციები.

## II. უზენაესი ფედერალური სასამართლოს პრეცედენტული სამართლის ძირითადი ტენდენციები

რაც შეეხება უზენაესი ფედერალური სასამართლოს ქვემოთ განხილულ გადაწყვეტილებებს, უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ უზენაეს ფედერალურ სასამართლოს, გერმანიის საპროცესო სამართლის საფუძვლები-

დან გამომდინარე, სააპელაციო სასამართლოს მიერ გაკეთებული ფაქტობრივი დასკვნებიდან და სასამართლო შეფასებებიდან, როგორცაა საკითხი, არის თუ არა სამედიცინო შეცდომა „უხეშ“ შეცდომად დასაკვალიფიცირებელი, მხოლოდ სამართლებრივი შეცდომის შემოწმება შეუძლია. აღნიშნული ე.წ. სამართლებრივი შემოწმების მასშტაბი ურთულეს იურიდიული განათლების გარეშე მყოფ მკითხველებს, სამედიცინო სამართლის პრობლემების გაგების შესაძლებლობას. ამ მიზეზით, გადაწყვეტილებები ისეა წარმოდგენილი, თითქოს უზენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ ფაქტზე დასკვნები თავად გააკეთა. გადაწყვეტილებების უკეთ გააზრებისთვის ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ განხილულ გადაწყვეტილებებში სამედიცინო ქმედების გერმანული სამართლის დასახელებული დათქმები<sup>2</sup> მეტწილად მხოლოდ აქამდე არსებული სასამართლო პრაქტიკის კოდიფიცირებას ახდენს. შესაბამისად, აღნიშნული საკანონმდებლო რეგულაციის ძალაში შესვლამდე, ანუ 2013 წლის თებერვლამდე, არსებული პრეცედენტული სამართლის შემუშავებული პრინციპები, როგორც წესი, კვლავაც აგრძელებენ მოქმედებას.

\* გერმანულიდან თარგმნა ნატალი გოგიაშვილმა. სტატია გამოქვეყნებულია ასევე: შედარებითი სამართლის ჟურნალი 1/2023, 1-36.

<sup>1</sup> შდრ. *Hagenloch* in: Neues zum Medizinrecht in

Deutschland - Wesentliche Entwicklungen in der deutschen Rechtsprechung im 1. Halbjahr 2022, DGZR 7/2022, I. 1.

<sup>2</sup> გსკ-ის §§ 630a და შემდგომი მუხლები; იხ. *Hagenloch*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, I. 2.



**1. BGH, Urteil vom 12. Januar 2021 - VI ZR 60/20 - MedR 2021, 820**

სახელმძღვანელო წინადადება:

ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხი შერჩეულ მეორადი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში:

ფაქტები:

ბავშვის დედამ, რომელიც დაქორწინებული იყო პირველ მოსარჩელეზე, მეორე მოსარჩელე პირველი მოპასუხის კლინიკაში 2005 წელს გააჩინა; ამ უკანასკნელს ჩაუტარდა მეორადი საკეისრო კვეთა დედის მენჯისა და ბავშვის თავის გარშემოწერილობის დისპროპორციის გამო. 2012 წლის 21 ივნისს დილის 10 საათზე ბავშვის დედამ, რომელიც კვლავ ფეხმძიმედ იყო მესამე მოსარჩელეზე, ორსულობის უჩვეულო მიმდინარეობის გამო, მემბრანების ნაადრევი რღვევის ეჭვით და ამის გამო მსუბუქი ვაგინალური სისხლდენით, პირველი მოპასუხის გინეკოლოგიურ კლინიკაში მივიდა. პირველადი გამოკვლევების შემდეგ, ბავშვის დედა ბუნებრივი მშობიარობის მიზნით სტაციონარში მოათავსეს. საკეისრო კვეთაზე საუბარი არ ყოფილა. შეკუმშვის გაძლიერების შემდეგ, ბავშვის დედა საღამოს 22:30 საათზე გადაიყვანეს სამშობიარო ოთახში. 23 საათისთვის საშვილოსნოს ყელი უკვე გაიხსნა 6 სმ-ზე; შეკუმშვა გაცილებით გაძლიერდა. ამ დროს ბავშვის დედამ გამოთქვა საკეისროს გაკეთების სურვილი. სამედიცინო ჩანაწერების დოკუმენტაციაში 23:00 საათისთვის აღნიშნულია შემდეგი:

„საუბარი გრავ.-ისთან. (შენიშვნა: ორსული ქალი), შეკუმშვა აშკარად ძლიერდება, გრავ.-ის სურს ყველა შემთხვევაში უპირატესად გაუკეთდეს ხელახალი საკეისრო, არავითარ შემთხვევაში არ სურს ბავშვის გაჩენა ბუნებრივად და აცხადებს, რომ მას ეს სურვილი დიდი ხნის განმავლობაში ჰქონდა, მაგრამ არ უთქვამს ამის შესახებ დილით მიღებაზე, თუმცა ამის შესახებ მისთვის არც უკითხავთ.

ინფორმაციისთვის, ექიმი. B. [მეორე მოპასუხე]“

შემდგომი შიდა საუბრების და მესამე მოპასუხესთან, მორიგე ექიმის თანაშემწესთან, ახს-

ნა-განმარტებების შემდეგ, ბავშვის დედა 23:28 საათზე საოპერაციო ოთახში გადაიყვანეს. თავდაპირველად, ჩვეულებრივი საკეისრო კვეთის შემდეგ, რომელიც ჩატარდა სრული ანესთეზიის ქვეშ, მესამე მოსარჩელე 23:44 საათზე დაიბადა; საკეისრო კვეთა დასრულდა 00:08 საათზე. ამის შემდგომ მაშინვე თავი იჩინა მასიურმა უტეროსატონიამ 1.200 მილიგრამი კოაგულირებული სისხლის დაკარგვით. მეორე და მესამე მოპასუხეებმა, ისევე, როგორც ბებიაქალმა, ვერ შეაჩერეს მასიური სისხლდენა. 00.45 საათზე ხელახალი ლაპაროტომიის დროს, B-Lynch ნაკერების დადებისას არტერიული სისხლდენა და ჰემატომა გამოჩნდა, ისე, რომ გინეკოლოგიური კლინიკის მთავარი ექიმი და სისხლძარღვთა ქირურგიის უფროსი ექიმი გამოიძახეს საშვილოსნოს ამოკვეთის მიზნით. ოპერაციის დროს პაციენტი რამდენჯერმე გადაიყვანეს რეანიმაციაში. ხელახალი ლაპაროტომიის შემდეგ მომდევნო დღეს ბავშვის დედა გარდაიცვალა 2012 წლის 23 ივნისის ღამეს რამდენიმე ორგანოს გათიშვის გამო.

სამართლებრივი საკითხები:

გადაწყვეტილება ეხება შერჩეული მეორადი საკეისროს დროს მკურნალობის ვალდებულებებს, ისევე, როგორც „საქმიანობის საკუთარ თავზე აღებისას ბრალისა“ (Übnernahmeverschulden – „ბრალი კისრებისას“) და ორგანიზაციული ბრალის (Organisationsverschulden) საკითხებს ოპერაციული ჩარევისას.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. შესავლის სახით, უზენაესი ფედერალური სასამართლო განმარტავს, რომ მკურნალ ექიმებს უფლება ჰქონდათ გამოეყენებინათ ბავშვის დედის მიერ ნასურვები მეორადი საკეისრო, თუ კონკრეტულ შემთხვევაში წინასწარი სიტუაციისას, დედის ფსიქოლოგიური და ფიზიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ვაგინალური დაბადება წარმოადგენდა სამედიცინო თვალსაზრისით დასაბუთებულ ალტერნატი-

ვას.<sup>3</sup> თუმცა, აღნიშნულს შესაძლოა სააპელაციო სასამართლოს მიერ დადგენილი ფაქტების საფუძველზე ვერ გაეცეს პასუხი.

მიუხედავად ამისა, უზენაეს ფედერალურ სასამართლოს შეუძლია სააპელაციო სასამართლოში მხოლოდ მაშინ დააბრუნოს საქმე, თუ ის სააპელაციო ეტაპზე სხვადასხვა მიზეზის გამო არ იყო სათანადოდ მომზადებული გადაწყვეტილების მისაღებად<sup>4</sup> ამიტომ უზენაეს ფედერალურ სასამართლოს უპირველესად უნდა გამოეკვლია, კლინიკის ექიმებს, ისევე, როგორც კლინიკის მმართველებს, ე.წ. „ბრალი კისრებისას“ (Übernahmeverschulden) და ორგანიზაციული ბრალი (Organisationsverschulden) შეერაცხებოდათ თუ არა, როდესაც, დედის თხოვნით, სამედიცინო ჩვენების გარეშე ვაგინალური დაბადება შეცვალებს საკეისროთი, ისევე როგორც, იყო თუ არა მებან-გინეკოლოგთა გუნდი პერსონალურად საკმარისად ძლიერად წარმოდგენილი.

2. „ბრალი კისრებისას“ (Übernahmeverschulden) სახეზეა, თუ ექიმისთვის აშკარაა მკურნალობის ან პროცედურის ჩატარებამდე, რომ მკურნალობა სცდება მისი სპეციალობის საზღვრებს, მის პირად შესაძლებლობებს ან მისთვის ხელმისაწვდომ ტექნიკურ აღჭურვილობას და/ ან რომ ის შეიძლება ძალიან დაიტვირთოს დაგეგმილი მკურნალობით. შესაბამისად, მან უნდა ჩართოს სხვა ექიმი ან პაციენტი გადაამისამართოს სხვა სპეციალისტთან ან სპეციალიზებულ საავადმყოფოში. წინააღმდეგ შემთხვევაში არსებობს „კისრებისას ბრალის“ (Übernahmeverschulden) შემთხვევა.<sup>5</sup> იგივე ეხე-

ბა იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალ ექიმს მკურნალობის დაწყებისას შეეძლო ევარაუდა, რომ მას ჰქონდა საჭირო კვალიფიკაცია და ტექნიკური აღჭურვილობა, მაგრამ შემდეგ ხდება ისეთი განვითარება, რომელიც აღნიშნულის განხორციელებას კითხვის ქვეშ აყენებს.

თუმცა, აღნიშნული საკითხის შემოწმების მასშტაბი არ არის ის, არსებობენ თუ არა სხვა კლინიკები ან სხვა ექიმები, რომლებსაც აქვთ უფრო უკეთესი აღჭურვილობა ან კიდევ უფრო მაღალი პროფესიული ცოდნა. როგორც წესი, მკურნალს არ ევალება დაიცვას ე.წ. ოქროს სტანდარტი, არამედ ის, რაც ჩვეულებრივ შემთხვევაში მიჩნეულია ზოგადი პროფესიული სამედიცინო მოსაზრებითა და მეცნიერულად აღიარებული მდგომარეობის გათვალისწინებით.<sup>6</sup> ნებისმიერი განსხვავებული მიდგომა საბოლოოდ გამოიწვევდა იმას, რომ ყოველი, სავარაუდოდ „ნორმალური“ სამედიცინო მკურნალობის ჩატარებისას სავალდებულო იქნებოდა სამედიცინო ტექნოლოგიებისა და საექიმო ნოუ-ჰაუს უმაღლესი სტანდარტის თავიდანვე შენარჩუნება, რაც კანონით არ არის მოთხოვნილი და სინამდვილეში ეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემის პარალიზებას მოახდენდა. თუმცა, აღნიშნულს უნდა გამოეყოს კითხვა (რომელსაც არ პასუხობენ ერთნაირად გერმანიის სასამართლო პრაქტიკასა და იურისპრუდენციაში), არსებული მკურნალობის მეთოდების სპექტრში მოქმედების რომელი დერეფანია, როგორც წესი, ხელმისაწვდომი მკურნალი ექიმისთვის მისი თერაპიული თავისუფლების შედეგად.<sup>7</sup>

<sup>3</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 19. Januar 1993 - VI ZR 60/92 - NJW 1993, 1524.

<sup>4</sup> იხ. საპროცესო-სამართლებრივი პრობლემატიკა: *Hagenloech*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2002, II. 2., Rn. 6.

<sup>5</sup> (Staudinger/*Gutmann* (2021) BGB § 630a Rn. 140; შდრ. ასევე BGH, Urteil vom 22. September 1987 - VI ZR 238/86 - BGHZ 102, 17; შდრ. Art IV.C. - 8:104 para 2 Draft Common Frame of Reference: „თუ მკურნალობის გამწვევს არ გააჩნია საკმარისი გამოცდილება ან უნარი უმკურნალოს პაციენტს უნარისა და ზრუნვის საჭირო ხარისხით, მკურნალობის გამწვევმა უნდა გადაამისამართოს პაციენტი მკურნალობის იმ

პროვაიდერთან, რომელსაც აღნიშნული შეუძლია“, დაწვრილებით: Staudinger/*Gutmann* (2021) BGB § 630a Rn. 211).

<sup>6</sup> შდრ. OLG Dresden, Beschluss vom 17. März 2022 - 4 U 2276/21 - juris, იხ. *Hagenloech*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, III. 2.

<sup>7</sup> აღნიშნულზე ამომწურავად: Staudinger/*Gutmann* (2021) BGB § 630a Rn. 129 ff.; იხ. ასევე: *Rehborn/Gescher* in: Erman BGB, Kommentar, § 630a Rn. 40; შდრ. განმარტების ვალდებულების შედეგები: OLG Hamm, Urteil vom 15. Februar 2022 - I-26 U 21/21 - NJW- RR 2022, 818, იხ. *Hagenloech*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022 III. 1, Rn. 1.

3. ორგანიზაციული ბრალი (Organisationsverschulden) არსებობს მაშინ, თუ სამედიცინო მკურნალობა როგორც ორგანიზაციული, ასევე პერსონალის თვალსაზრისით არ არის მომზადებული მაქსიმალური ზრუნვით. ორგანიზაციული ბრალის (Organisationsverschulden) შემთხვევაში, პრეტენზიის საკითხი მდგომარეობს იმაში, რომ სათანადო მკურნალობის წინაპირობები, რომელთა შესრულებაც თავისთავად შეიძლება, არ დაკმაყოფილდა, რადგან საჭირო ორგანიზაციული ზომები წინასწარ ან დროულად არ იქნა მიღებული.<sup>8</sup> საბოლოო ჯამში, ეს ეხება სამედიცინო და კლინიკური რისკის მართვის ასპექტებს.

4. ამ მოსაზრების საფუძველზე, უზენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ თავის გადაწყვეტილებაში უარყო „ვისრებისას ბრალის“ (Übernahmeverschulden) არსებობა. გინეკოლოგიური კლინიკა აშკარად საკმარისად იყო აღჭურვილი მშობიარობისთვის, რის გამოც ბავშვის დედა სტაციონარული მკურნალობისთვის დაიშვებოდა. ბავშვის დაბადებამდე ცოტა ხნით ადრე, სხვა კლინიკაში გადასვლა აღარ განიხილებოდა მშობიარობის ადრეული სტადიის დაწყების გამო. აღნიშნული მით უფრო გამართლებული იყო ბავშვის დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მშობიარობის შემდგომ გაუარესების გამო.

5. სააპელაციო სასამართლოს მიერ საკმარისი დასკვნების არარსებობის საფუძველზე უზენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ საბოლოოდ არ გადაწყვიტა, არსებობდა თუ არა ორგანიზაციული ბრალი (Organisationsverschulden).

განსაკუთრებული იურიდიული პრობლემატიკა მდგომარეობდა იმაში, რომ პირველი მოპასუხის გინეკოლოგიურ კლინიკაში კიდევ ერთი გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევა მოხდა ამავე პერიოდში (პარალელურად მიმდინარეობდა სარისკო მშობიარობა კომპიუტერული ტომოგრაფიით, ასევე ჰაერის მიწოდების საშუა-

ლებით) და შედეგად, მეორე მოპასუხემ (მორიგე უფროსი ექიმი) ვერ შეძლო ბავშვის დედისთვის მკურნალობა მუდმივად თავად ჩაეტარებინა. ამიტომ სააპელაციო სასამართლომ დაადასტურა ორგანიზაციული ბრალის (Organisationsverschulden) არსებობა და განაცხადა, რომ, ღამის მიუხედავად, უზრუნველყოფილი უნდა ყოფილიყო საუკეთესოდ დატრენინგებული სამედიცინო პერსონალის საკმარისი რაოდენობით ხელმისაწვდომობა. აღნიშნული არ არსებობდა, რადგან მეორე მოპასუხეს, მიუხედავად პოსტოპერაციული სისხლდენისა, მოუხდა დაეტოვებინა საოპერაციო ოთახი პარალელური სარისკო მშობიარობის გამო და დამატებითი ექიმები, მათ შორის მთავარი ექიმი, მხოლოდ მოგვიანებით გამოიძახა.

უზენაესი ფედერალური სასამართლოს თვალსაზრისით, ეს დასკვნები ვერ ამყარებენ ორგანიზაციული ბრალის (Organisationsverschulden) არსებობას. პირიქით, უნდა განიმარტოს, იყო თუ არა განჭვრეტადი, რომ ორი სარისკო სიტუაცია შეიძლება პარალელურად წარმოშობილიყო, როდის გამოჩნდა პარალელურ მშობიარობაში სირთულეები და თუ, ან როდის იყო შეცნობადი მოპასუხისთვის ამ მხრივ გამოვლენილი რისკები. ასევე, აღნიშნული არ შეიძლება დამოკიდებული იყოს იმაზე, ხელმისაწვდომნი არიან თუ არა სხვა ექიმები თავიდანვე ან მხოლოდ გამოძახების შემდგომ. უფრო მეტიც, გადამწყვეტი ფაქტორია ის, თუ რამდენად სწრაფად შეიძლება გაძლიერდეს მეან-გინეკოლოგთა გუნდი საჭირო წესით, პირველი მოპასუხის მიერ დადგენილი ექიმთა გამოძახების სამსახურის სისტემის მიხედვით.<sup>9</sup>

6. შემდგომში, უზენაესი ფედერალური სასამართლო ეხება მტკიცების ტვირთის საკითხს სამედიცინო შეცდომასა და ჯანმრთელობის დაზიანებას შორის არსებული მიზეზობრივი კავშირის დადგენისას. იგი კიდევ ერთხელ ადასტურებს მის დადგენილ სასამართლო პრაქტიკას, რომლის მიხედვითაც, სამედიცინო შეცდო-

<sup>8</sup> შდრ. Lafontaine in: Herberger / Martinek / Rüßmann / Weth / Würdinger, jurisPK-BGB, 9. Aufl., § 630a BGB (Stand: 05.07.2022) Rn. 401.

<sup>9</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 15. April 2014 - VI ZR 382/12 - NJW-RR 2014, 1053.

მის არსებობა უნდა გამოავლინოს და დაამტკიცოს პაციენტმა; გარდა იმ შემთხვევისა, თუ უხეში სამედიცინო შეცდომის გამო ხდება მტკიცებულების ტვირთის შებრუნება.<sup>10</sup> აღნიშნული მოქმედებს ასევე ორგანიზაციული შეცდომის დროსაც.<sup>11</sup> ამ მხრივ მითითებისას გადამწყვეტი საკითხია ის, თუ როდის უნდა ყოფილიყო მიღებული ორგანიზაციული ზომები საკუთროს გაკეთებასთან დაკავშირებით. აქედან გამომდინარე, მიზეზობრივი კავშირი მხოლოდ იმ შემთხვევაში იარსებებდა, თუ მოცემულ შემთხვევაში საკუთროს ოპტიმალური დაგეგმვისა და მომზადების შემთხვევაში ზიანის დადგომას ხელი შეეშლებოდა.<sup>12</sup>

გარდა ამისა, უნდა დაემატოს ის ფაქტიც, რომ მტკიცების ეს პრინციპები მხოლოდ ორგანიზაციულ ბრალს (Organisationsverschulden) ეხება. თუ, მეორე მხრივ, მკურნალ ექიმს არ ჰქონდა საკმარისი კვალიფიკაცია მის მიერ ჩატარებული მკურნალობისთვის, არსებობს „კისრებისას ბრალის“ (Übernahmeverschulden) შემთხვევა. გსკ-ის 630h IV მუხლის მიხედვით ივარაუდება, რომ კომპეტენციის ნაკლებობა იყო სიცოცხლის, სხეულის ან ჯანმრთელობის დაზიანების მიზეზი.

## 2. BGH, Urteil vom 14. Januar 2021 - III ZR 168/19 - BGHZ 228, 122

სახელმძღვანელო წინადადება (ენობრივად მოდიფიცირებულია):

1. მიღებული უნდა იყოს თუ არა სიფრთხილის ზომები, როდესაც თავშესაფრის მკვიდრი თვითდაზიანებას იყენებს, დამოკიდებულია იმაზე, წინარე მოსაზრებიდან გამომდინარე, მცხოვრების ფიზიკური ან გონებრივი მდგომარეობის გათვალისწინებით, რამდენად სერიოზულად იყო მოსალოდნელი, ზიანი მიეყენებინა საკუთარი თავისთვის სიფრთხილის ზომების

გარეშე. რისკის პირობებშიც კი, რომლის რეალიზაციაც არ არის ძალიან სავარაუდო, თავშესაფრის მეპატრონეს შეიძლება წარმოეშვას უსაფრთხოების ზომების გატარების ვალდებულება, იმ შემთხვევაში, თუ ამას შეუძლია გამოიწვიოს განსაკუთრებით სერიოზული შედეგები.

თუ არსებობს თვითდაზიანების აღიარებული ან შეცნობადი რისკი, დემენციის მქონე პირი, რომლის უკონტროლო და გაუთვლელი ქმედებები ნებისმიერ დროს შესაძლებელია გამოჩნდეს, დაუშვებელია განთავსდეს ზედა სართულზე მდებარე მისაღებ ოთახში, სადაც უპრობლემოდ ხელმისაწვდომი და ადვილად გასაღები ფანჯრებია. თუმცა, თუ არ იარსებებს თვითდაზიანების კონკრეტული ნიშნები, არ არსებობს უსაფრთხოების სპეციალური (პრევენციული) ზომების მიღების ვალდებულება.

ფაქტები:

*მამკვიდრებელი იყო მოხუცთა სახლის მკვიდრი, რომელსაც მოპასუხე მართავდა. მას მაღალი ხარისხის დემენცია ჰქონდა, იტანჯებოდა მეხსიერების პრობლემებით და ფსიქიკურ-მოტორული მოუსვენრობით. ანგარიშის თანახმად, იგი იყო, ტერიტორიული, დროითი, სივრცითი და სიტუაციური კუთხით, დროებით დეზორიენტირებული პირი; მისი გადაადგილების სურვილის, საკუთარი თავისთვის საფრთხის შემცველობის, ღამის მოუსვენრობის, აზრების აღრევის გათვალისწინებით, ითვლებოდა განსაკუთრებული ზრუნვის საჭირო პირად.*

*მოპასუხემ მამკვიდრებელი მესამე სართულზე (სხვენში) ოთახში განათავსა, რომელსაც ჰქონდა სხვენის ორი დიდი ფანჯარა, რომლებიც არ იყო დაცული არამიზანმიმართული გაღებისგან. იატაკსა და ფანჯრებს შორის მანძილი 120 სანტიმეტრი იყო. ფანჯრების წინ იყო 40 სანტიმეტრიანი მაღალი რადიატორი და 70 სანტიმეტრის სიმაღლეზე ფანჯრის რაფა, რომ-*

<sup>10</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 24. Februar 2015 - VI ZR 106/13 - NJW 2015, 1601; BGH, Urteil vom 7. Februar 2012 - VI ZR 63/11 - BGHZ 192, 298; უხეში სამედიცინო შეცდომის შესახებ BGH, Urteil vom 24. Mai 2022 - VI ZR 206/21 - NJW 2022, 2747, იხ. *Hagenloch*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, III. 2., Rn. 3 ff.

<sup>11</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 1. Februar 1994 - VI ZR 65/93 - NJW 1994, 1594 და უმოქმედობისას (შდრ. BGH, Urteil vom 7. Februar 2012 - VI ZR 63/11 - BGHZ 192, 298.

<sup>12</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 7. Februar 2012 - VI ZR 63/11 - BGHZ 192, 298.

ლის მეოხებით ნელ-ნელა შეიძლება ფანჯრის გაღება. მამკვიდრებელი გადმოვარდა ერთ-ერთიდან და მიიღო სასიკვდილო დაზიანებები

სამართლებრივი საკითხები:

გადაწყვეტილება ეხება ზრუნვის ქვეშ მყოფი დემენციის მქონე პაციენტების დაცვის ვალდებულებებს.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. შესავლის სახით, უზენაესი ფედერალური სასამართლო განმარტავს, რომ ზრუნვის ხელშეკრულებამ ჩამოაყალიბა მოპასუხის ზრუნვის მოვალეობა, დაიცვას მისთვის მინდობილი მამკვიდრებლის ფიზიკური მთლიანობა. ანალოგიურად, არსებობდა შინაარსობრივად მსგავსი ზოგადი მოძრაობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ვალდებულება, დაეცვათ მაცხოვრებლები ჯანმრთელობის დაზიანებისგან, რომელთაც მათი ავადმყოფობის ან სხვა ფიზიკური ან ფსიქიკური შეზღუდვებისას, მათივე ბრალით ან თავშესაფრის მოწყობითა და სამშენებლო დიზაინის გამო ემუქრებოდათ. ამ ვალდებულებების ბრალეული დარღვევა გამოყენებადია როგორც სახელშეკრულებო მოვალეობის დარღვევით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნისთვის (გსკ-ის 280 I, 278 I მუხლები - შინაარსობრივად მსგავსი სსკ-ის 405 მუხლი), ასევე შესაბამისი დელიქტური მოთხოვნისთვისაც გსკ-ის 823, 831 მუხლებით (შინაარსობრივად არსებულ კონსტელაციაში სსკ-ის 992, 997 მუხლები შესადარებლად).<sup>13</sup>

2. ამის შემდეგ, უზენაესი ფედერალური სასამართლო სხვა საკითხებთან ერთად მიუთითებს შემდეგზე (ციტატები ოდნავ შეცვლილია).

„სააპელაციო სასამართლომ ..... მიიჩნია, რომ ეს ვალდებულებები შემოიფარგლება მხოლოდ შესადარებელ თავშესაფრებში არსებუ-

ლი იმ ჩვეულებრივი ზომებით, რომლებიც შეიძლება განხორციელდეს გონივრული ფინანსური და ადამიანური ძალისხმევით. სახელმძღვანელო მასშტაბი არის ის, თუ რა არის საჭირო და რა არის გონივრული მაცხოვრებლებისა და საექთნო პერსონალისთვის. ასევე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ თავშესაფარში ცხოვრებისას უნდა იყოს დაცული მაცხოვრებლების ღირსება, ინტერესები და საჭიროებები შელახვისგან და ასევე დაცული და ხელშეწყობილი უნდა იყოს მაცხოვრებლების დამოუკიდებლობა, თვითგამორკვევა და თვითპასუხისმგებლობა.<sup>14</sup>

თავშესაფრის მეპატრონის ვალდებულების კონკრეტული შინაარსი, ერთი მხრივ, პატივი სცეს ფიზიკურად და ფსიქიკურად დაქვეითებული (დემენცია) მობინადრის ღირსებას და თავისუფლების უფლებას და, მეორე მხრივ, დაიცვას მისი სიცოცხლე და ფიზიკური მთლიანობა, არ შეიძლება განისაზღვროს ზოგადად, არამედ უნდა გადაწყდეს თითოეული ინდივიდუალური შემთხვევის ყველა გარემოების გულდასმით გათვალისწინების საფუძველზე.<sup>15</sup>

თითოეულ შემთხვევაში გადამწყვეტია ის, თუ რა საფრთხეები ემუქრება მაცხოვრებელს მისი ინდივიდუალური ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის გამო. ამგვარად, ზრუნვის მასშტაბი და სავარაუდოდ მისაღები უსაფრთხოების ზომები გამომდინარეობს წინასწარი განხილვის შედეგად, რომელიც ორიენტირებულია უსაფრთხოების სავარაუდოდ, აბსტრაქტულ რისკებზე ზრუნვის მოცემულ კონკრეტულ სიტუაციაში (...). ინდივიდუალურ შემთხვევაში გადამწყვეტი ფაქტორია, იყო თუ არა, მზრუნველობის საჭიროების მქონე მაცხოვრებლის მდგომარეობიდან გამომდინარე, სერიოზულად მოსალოდნელი, რომ მას შეეძლო დაეზიანებინა საკუთარი თავი უსაფრთხოების ზომების გარეშე (...). ამასთან, მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული

<sup>13</sup> ასევე: BGH, Urteil vom 28. April 2005 - III ZR 399/04 - BGHZ 163, 53; BGH, Urteil vom 22. August 2019 - III ZR 113/18 - BGHZ 223, 95.

<sup>14</sup> შდრ. § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HeimG; BGH, Urteil vom 28. April 2005 - III ZR 399/04 - BGHZ 163, 53; BGH, Urteil vom 22. August 2019 - III ZR 113/18 - BGHZ 223, 95.

<sup>15</sup> BGH, Urteil vom 28. April 2005 - III ZR 399/04 - BGHZ 163, 53; BGH, Urteil vom 22. August 2019 - III ZR 113/18 - BGHZ 223, 95.

ის ფაქტი, რომ საშიშროებაც კი, რომელიც არ არის დიდი ალბათობით ძალიან მაღალი რეალიზებისთვის, მაგრამ შეიძლება გამოიწვიოს განსაკუთრებით სერიოზული შედეგები, საკმარისია თავშესაფრის მეპატრონის უსაფრთხოების ვალდებულებების წარმოშობისთვის.<sup>16</sup>

მხოლოდ მაშინ, როდესაც ასეთი რისკის პროგნოზი გაკეთდა, საიდანაც ირკვევა, თუ რომელი გაუთვლელი ქცევა არის მოსალოდნელი მათ შორის სამედიცინო თვალსაზრისითაც მაცხოვრებლის ფსიქიკური და ფიზიკური მდგომარეობის საფუძველზე, შესაძლებელია მოხდეს თვითდაზიანების რისკის, მაცხოვრებლის პირადი თავისუფლების აუცილებელი შეზღუდვებისა და თავშესაფრის პერსონალური და ფინანსური შესაძლებლობების შეწონვა ერთმანეთთან.

ამ პრინციპების შესაბამისად, სენატმა 2019 წლის 22 აგვისტოს გადაწყვეტილებით არ დაადასტურა ზოგადი ვალდებულების არსებობა, აღეჭურვა მაცხოვრებლების ოთახებში სასმელი წყლის დანადგარი ტექნიკური მოწყობილობით, რომლითაც წყლის ტემპერატურის შეზღუდვა მოხდებოდა, მაგრამ დაადგინა ზრუნვის მოვალეობის დარღვევა მხოლოდ და მხოლოდ მაცხოვრებლის ინდივიდუალური მდგომარეობისა და საშიში სიტუაციის გაკონტროლების უუნარობის გამო (...). სენატმა ანალოგიური არგუმენტირება მოიყვანა საქმეში, როდესაც პაციენტი კლინიკის დახურულ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ძალადობრივად გახსნა ფანჯარა სუიციდური განზრახვით და მიიღო სერიოზული დაზიანებები ფანჯრიდან გადახტომით.<sup>17</sup> სენატმა არ დაადგინა ზოგადი ვალდებულების არსებობა, სტაციონარის ყველა ოთახის ისეთი ფანჯრებით არ აღჭურვის გამო, რომლებიც არ შეიძლება გაიხსნას, მაგრამ პაციენტის დაცვის მოვალეობა მხოლოდ იმაში დაინახა, რომ არ შეიძლება იგი განთავსდეს ჩვეულებრივ პაციენტთა ოთახში ფანჯრებით, რომლებიც შეიძლე-

ბა გაიხსნას ან დახრილი იყოს, თუ არსებობს თვითმკვლელობის ცნობილი ან იდენტიფიცირებადი განზრახვა. ვალდებულების დარღვევა უარყო, რადგან არ არსებობდა თვითდაზიანების კონკრეტული ნიშნები და თვითმკვლელობის მცდელობა არ იყო წინასწარ განჭვრეტადი.<sup>18</sup>

შესაბამისად, თუ არსებობს თვითდაზიანების შეცნობილი ან შეცნობადი რისკი, (მძიმე ხარისხის) დემენციის მქონე მობინადრე, რომლისთვისაც ნებისმიერ დროს დამახასიათებელია უკონტროლო და არაპროგნოზირებადი ქმედებები, არ უნდა განთავსდეს საცხოვრებელ სივრცეში, რომელიც მდებარეობს ზედა ნაწილში, ადვილად მისადგომი და ადვილად გასახსნელი ფანჯრებით. თუმცა, თვითსაფრთხის შესახებ კონკრეტული ნიშნების არსებობის გარეშე არ წარმოიშობა უსაფრთხოების სპეციალური (პრევენციული) ზომების გატარების ვალდებულება."

### 3. BGH, Beschluss vom 23. Februar 2021 - VI ZR 44/20 - MedR 2022, 127

სახელმძღვანელო წინადადება:

1. არსებითი მტკიცებულებების შუამდგომლობის უგულებელყოფით სამართლიანი სასამართლოს უფლების დარღვევა.

2. საკითხი, თუ რა ზომები უნდა მიიღოს ექიმმა თავისი პროფესიული სფეროს გადმოსახედიდან, მისი საქმიანობის სფეროში საჭირო ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გათვალისწინებით, თითოეულ სამკურნალო სიტუაციაში, ეფუძნება უპირველეს ყოვლისა სამედიცინო სტანდარტებს, რომლებიც ... მოსამართლემ ექსპერტების დახმარებით უნდა გამოიკვლიოს. ზოგადად, მას არ შეუძლია დაადგინოს სამედიცინო სტანდარტი ექსპერტის დასკვნის შესაბამისი საფუძვლის გარეშე ან ექსპერტის მოსაზრებების საწინააღმდეგოდ.

<sup>16</sup> ob. BGH, Urteil vom 22. August 2019 III ZR 113/18 – BGHZ 223, 95.

<sup>17</sup> BGH, Urteil vom 31. Oktober 2013 III ZR 388/12 NJW 2014, 539.

<sup>18</sup> ob. ასევე BGH, Urteil vom 20. Juni 2000 - VI ZR 377/99 - NJW 2000, 3425 ფსიქიატრიული კლინიკის ღია პალატაში აივნიდან გადახტომის წინააღმდეგ დაცვითი ზომების შესახებ.

ფაქტები (უკიდურესად შემოკლებით):

საქმის მთავარი საკითხი იყო, სათანადო დასკვნების მიღების ვალდებულების (*Befunderhebungspflicht*) დარღვევით მოპასუხე პედიატრებმა ნაადრევად დაუსვეს და უმკურნალებს თუ არა მცირეწლოვან ბავშვს, მისთვის დაფიქსირებული განვითარების შეფერხებისას *ADHS* (ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიურობის აშლილობა, *attention deficit hyperactivity disorder*) დიაგნოზით, მაშინ როდესაც ნამდვილი დიაგნოზი *FASD* (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*) მნიშვნელოვანი დაყოვნებით დაუდგინდა და გაეწია მკურნალობა.

სამართლებრივი საკითხები:

ამ გადაწყვეტილებაში ყურადღება გამახვილებულია ექიმის პასუხისმგებლობის პროცესში პროცედურულ საკითხებზე, კერძოდ, ექსპერტთა დასკვნის მოპოვებაზე.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. უბენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ სააპელაციო სასამართლოს მიერ განხილულ პროცესუალურ ქმედებებში დაადგინა სამართლიანი სასამართლოს კონსტიტუციური უფლების დარღვევა (გერმანიის კონსტიტუციის 103 I მუხლი) და სხვა საკითხებთან ერთად განაცხადა (ოდნავ შეცვლილი ციტატები):

„ა) სააპელაციო სასამართლოს შეფასება იმის შესახებ, რომ მოპასუხეს იმიტომ არ უნდა დაეკისროს პასუხისმგებლობა დადებულ დასკვნაში არსებულ შეცდომაზე, რადგან მოსარჩელეში აღმოჩენილი დარღვევები... არ იძლეოდა აღნიშნულის საფუძველს და მოსარჩელე მალევე სხვაგან იქნა გადაყვანილი, საკითხი ეხება მოსარჩელის სამართლიანი სასამართლოს გარანტირების უფლების დარღვევას გერმანიის კონსტიტუციის 103 I მუხლის საფუძველზე.

ა.ა) გერმანიის კონსტიტუციის 103 I მუხლი ავალდებულებს სასამართლოს, გაითვალისწინოს და განიხილოს პროცესის მხარეთა მიერ

გაკეთებული განცხადებები. სამართლიანი სასამართლო, როგორც ძირითადი საპროცესო უფლება, გამიზნულია იმის უზრუნველსაყოფად, რომ გადაწყვეტილება თავისუფალი იყოს პროცედურული შეცდომებისგან, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ინფორმაციის მიღების უგულვებელყოფითა და მხარეთა მიერ წარმოდგენილი ფაქტების გაუთვალისწინებლობით. ამ თვალსაზრისით, გერმანიის კონსტიტუციის 103 I მუხლი სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის პრინციპებთან ერთად, მოითხოვს არსებით მტკიცებულებაზე შუამდგომლობების განხილვას. არსებით მტკიცებულებაზე შუამდგომლობების განუხილველობა არღვევს გერმანიის კონსტიტუციის 103 I მუხლს, თუ აღნიშნული არ არის გამყარებული საპროცესო კანონმდებლობით.<sup>19</sup>

ბ.ბ) მსგავსი რამ ხდება მოცემულ დავაში. ... სააპელაციო სასამართლომ ... უგულვებელყო მოსარჩელის ... შუამდგომლობა ექსპერტიზის დასკვნის მოპოვების თაობაზე და კითხვას, დაუშვა თუ არა მეორე მოპასუხემ სამედიცინო შეცდომა, ექსპერტის საჭირო კონსულტაციის გარეშე, პროცედურული ხარვეზით საკუთარი, დაუდასტურებელი ცოდნით უპასუხა.

(1) თუმცა, სააპელაციო სასამართლომ მართულად ჩათვალა, რომ მოსარჩელის წარუდგენლობა სოციალურ-პედიატრიულ ცენტრში დროის თვალსაზრისით მჭიდრო კავშირში იყო ფაქტობრივ გარემოებებთან... ანომალიები, როგორც სამედიცინო შეცდომა მაშინ შეიძლება იყოს კვალიფიცირებული, თუ ის ეწინააღმდეგება მკურნალობის დროს არსებულ სამედიცინო სტანდარტს. სტანდარტი გვაწვდის ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რა ქცევა შეიძლება იყოს სავარაუდო და მოსალოდნელი კეთილსინდისიერი და ყურადღებიანი ექიმისგან კონკრეტულ სამკურნალო სიტუაციაში მისი პროფესიული საქმიანობის გადმოსახედით მკურნალობის მომენტში. აღნიშნული წარმოდგენს სამეცნიერო ცოდნისა და გამოცდილების ამჟამ-

<sup>19</sup> შდრ. BGH, Beschluss vom 9. Januar 2018 - VI ZR 106/17 - VersR 2018, 1147; BGH, Beschluss vom 28. Mai 2019 - VI ZR 328/18 - VersR 2020, 317.

მინდელ მდგომარეობას, რომელიც საჭიროა სამედიცინო მკურნალობის მიზნის მისაღწევად და რომელიც გამოცდილებით დამტკიცებულია.<sup>20</sup>

საკითხი, თუ რა ზომები უნდა მიიღოს ექიმმა თავისი პროფესიული საქმიანობის გადმოსახედიტ მის სპეციალობაში საჭირო ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გათვალისწინებით მკურნალობის თითოეულ სიტუაციაში, უპირველეს ყოვლისა მიმართულია სამედიცინო მასშტაბისკენ, რომელიც მოსამართლემ ..... უნდა დაადგინოს ექსპერტის დახმარებით. მას არ შეუძლია დაადგინოს სამედიცინო სტანდარტი ექსპერტების შესაბამისი დასკვნის საფუძვლის გარეშე ან თუნდაც ექსპერტის მოსაზრებების საწინააღმდეგოდ საკუთარი შეფასებით. სხვანაირად იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსამართლეს ..... საგამონაკლისოდ აქვს საჭირო სამედიცინო ცოდნა და აღნიშნულს განმარტავს თავის გადაწყვეტილებაში.<sup>21</sup> გარდა ამისა, თუ მოსამართლეს ..... სურს გამოიყენოს საკუთარი საექსპერტო დასკვნა თავის გადაწყვეტილებაში, მან ჯერ უნდა მისცეს ამასთან დაკავშირებით მხარეებს შესაბამისი მითითება.<sup>22</sup>

ამ გადაწყვეტილების გარდა, აღსანიშნავია, რომ ექსპერტის შერჩევა ასევე უნდა აკმაყოფილებდეს პროცედურულ მოთხოვნებს. პროფესიული კომპეტენციის გარდა, სხვა საკითხებთან ერთად უნდა აღინიშნოს, რომ ექსპერტის შერჩევას მხედველობაში არ მიიღება სპეციალიზებული ცოდნა იმ სამედიცინო სფეროში, რომელსაც ეკუთვნის აღნიშნული ექიმი. არამედ გადამწყვეტია, რომელ სამედიცინო სფეროში მოხდა ჩარევა ან რომელ სამედიცინო სფეროს ეკუთვნის შესაფასებელი სამედიცინო

საკითხი.<sup>23</sup> რამდენადაც აღნიშნული ეხება რამდენიმე სპეციალიზებულ სფეროს, მოცემული საკითხი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელ სპეციალობის სფეროს მიეკუთვნება მტკიცებულების კონკრეტული საგანი.<sup>24</sup> თუ საკითხი ეხება რამდენიმე სპეციალობის სფეროს, ფუნდამენტურად აუცილებელია ცალკეული ექსპერტების დასკვნების მიღება.

აღნიშნული ასევე შეესაბამება უზენაესი ფედერალური სასამართლოს დადგენილ სასამართლო პრაქტიკას, რომ მოსამართლემ, განსაკუთრებით ექიმთა პასუხისმგებლობის სამართალწარმოებისას, კრიტიკულად უნდა გამოიკვლიოს სამედიცინო ექსპერტების განცხადებები მათი სისრულისთვის და წინააღმდეგობების თავიდან ასაცილებლად.<sup>25</sup> ეს ეხება როგორც ერთი და იმავე ექსპერტის ცალკეულ განცხადებებს შორის არსებულ წინააღმდეგობებს, ასევე რამდენიმე ექსპერტის მიერ გაკეთებულ განცხადებებს შორის წინააღმდეგობებსაც.<sup>26</sup>

#### 4. BGH, Urteil vom 27. April 2021 - VI ZR 84/19 - BGHZ 229, 331

სახელმძღვანელო წინადადება:

1. გსკ-ის 630c, II 1 მუხლში თერაპიული და უსაფრთხოების შესახებ განმარტებები სენატის მიერ შემუშავებული პრინციპების საფუძველზე კოდიფიცირებული. ეს პრინციპები შინაარსობრივი თვალსაზრისით უცვლელად მოქმედებენ; ერთადერთი ახალი რამ არის მითითება ინფორმირების ვალდებულების შესახებ.

2. დოკუმენტირების ვალდებულების ფარგლები გამომდინარეობს გსკ-ის 630f II მუხლიდან. დოკუმენტაცია, რომელიც სამედიცინო

<sup>20</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 24. Februar 2015 - VI ZR 106/13 - VersR 2015, 712.

<sup>21</sup> BGH, Beschluss vom 24. Februar 2015 - VI ZR 106/13 - VersR 2015, 1601.

<sup>22</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 29. Januar 2019 - VI ZR 113/17 - BGHZ 221, 43; BGH, Beschluss vom 9. Januar 2018 - VI ZR 106/17 - VersR 2018, 1147.

<sup>23</sup> BGH, Beschluss vom 15. Mai 2018 - VI ZR 287/17 - NJW 2018, 3316; BGH, Urteil vom 18. November 2008 - VI ZR 198/07 - VersR 2009, 257.

<sup>24</sup> BGH, Beschluss vom 31. Mai 2016 - VI ZR 305/15 - NJW 2016, 3785.

<sup>25</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 21. Dezember 2010 - VI ZR 284/09 - BGHZ 188, 29.

<sup>26</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 21. Dezember 2010 - VI ZR 284/09 - BGHZ 188, 29; BGH, Urteil vom 21. Januar 2009 - VI ZR 170/08 - VersR 2009, 499; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 157/08 - VersR 2009, 1267.



თვალსაზრისით არ არის აუცილებელი, ასევე არ არის საჭირო სამართლებრივი დასაბუთებისთვისაც.

3. ელექტრონულ დოკუმენტაციას, რომელიც არ ხდის შემდგომ ცვლილებებს გსკ-ის § გსკ-ის 630f I 2 და 3 მუხლის საწინააღმდეგოდ აღქმადს, არ აქვს დადებითი ვარაუდის ეფექტი იმი-სა, რომ დოკუმენტირებული ღონისძიება რეალურად მიღებულ იქნა მკურნალი პირის მიერ.

**ფაქტები:**

*2013 წლის 7 ნოემბერს მოსარჩელე, რომელსაც მარცხენა თვალში მოულოდნელად გაჩენილი შავი ლაქები აწუხებდა, მოპასუხე ოფთალმოლოგმა გამოიკვლია. კვლევის დასრულების შემდეგ მოპასუხემ მას განუმარტა, რომ ჩივილები იყო ასაკობრივი გამოვლინება მინისებური სხეულის შემორღვევის შედეგად. შეეძლო არ ენერვიულა. 2014 წლის 14 თებერვალს ოპტიკოსმა მხედველობის შემოწმების დროს აღმოაჩინა ბადურის აშრევა, რის გამოც მოსარჩელე კვლავ წავიდა 2014 წლის 18 თებერვალს მოპასუხესთან. მან ბადურის აშრევების დიაგნოზი დაუსვა და მოსარჩელეს მიუთითა, რომ სასწრაფოდ უნდა წასულიყო საავადმყოფოში. ოპერაციის შემდეგ გაჩნდა გართულებები, რის შედეგადაც მოსარჩელე მარცხენა თვალით დაბრმავდა.*

*მოსარჩელე მოპასუხეს ადანაშაულებდა, რომ მას 7 ნოემბერს ჩატარებული კვლევისას გამორჩა ბადურის აშრევა. კერძოდ, მას გამორჩა ის, რომ გამოკვლევამდე არ გააფართოვა გუგები. ამ მიზეზით, თვალის შიდა ნაწილის სათანადო გამოკვლევა ვერ მოხერხდა. გარდა ამისა, მოპასუხემ არ მიუთითა მას, რომ შემდგომი ჩივილების შემთხვევაში ხელახლა უნდა მისულიყო და მიმდინარე პროცესის გათვალისწინებით ერთი წლის ვადაში უნდა შემოწმებულიყო.*

**სამართლებრივი საკითხები:**

გადაწყვეტილება, პირველ რიგში, ეხება პაციენტის თერაპიული ინფორმირებისა და დოკუმენტირების ვალდებულების საკითხებს.

**გადაწყვეტილების დეტალები:**

1. ამ გადაწყვეტილებაში, უზენაესი ფედერალური სასამართლო, სხვა საკითხებთან ერთად, ხაზს უსვამს ფუნდამენტურ განსხვავებას თერაპიულ ინფორმირებას (ადრე იწოდებოდა, როგორც თერაპიული განმარტება ან უსაფრთხოების შესახებ განმარტება) და სამედიცინო მკურნალობის შესახებ განმარტებას შორის (ზოგჯერ ასევე მოიხსენიება, როგორც თვითგამორკვევის ინფორმაცია).<sup>27</sup>

თერაპიული ინფორმირება სამედიცინო მკურნალობის ვალდებულების ნაწილია. მისი დარღვევა წარმოადგენს სამედიცინო შეცდომას, რასაც მოჰყვება სამართლებრივი შედეგები. თერაპიული ინფორმირების მიზანია პაციენტისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდება იმ ვალდებულებების შესახებ, რომლებიც მან უნდა შეასრულოს, რათა შეეძლოს სამედიცინო მკურნალობით სასურველი წარმატების მიღწევა. ამიტომ საკითხი ეხება იმას, რომ პაციენტს მიეწოდოს ინფორმაცია, როგორი თანამშრომლობა უნდა უზრუნველყოს, რათა სამედიცინო მკურნალობის მიზანს საფრთხე არ დაემუქროს.

მეორე მხრივ, ინფორმაციის მიწოდების „კლასიკური“ ვალდებულება, რომელიც რეგულირდება გსკ-ის 630e მუხლში, ემსახურება პაციენტის თვითგამორკვევის უფლების რეალიზებას; ამიტომ მას ზოგჯერ თვითგამორკვევის ინფორმაციასაც უწოდებენ. მისი დარღვევა არ წარმოადგენს შეცდომას მკურნალობაში, არამედ ნიშნავს, რომ პაციენტის თანხმობა სამედიცინო მკურნალობაზე არის ბათილი და შედეგად აღნიშნული ხდება უკანონო.

საწყის ეტაპზე, ინფორმაციის მიწოდების სამედიცინო ვალდებულების დარღვევის სამართლებრივი შედეგები შედარებულია გსკ-ის 630f

<sup>27</sup> შდრ. BGH, Beschluss vom 21. Juni 2022 - VI ZR 310/21 - NJW 2022, 2682; BGH, Urteil vom 8. Juli 2008 - VI ZR 259/06 - MedR 2009, 44.

მუხლით გათვალისწინებულ სამედიცინო დოკუმენტირების ვალდებულების დარღვევასთან (დაწვრილებით ამის შესახებ ქვემოთ 3.). ამ ორიდან არც ერთი არ იწვევს სამედიცინო შეცდომას გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის მიხედვით და, შესაბამისად, არ შეიძლება იყოს პასუხისმგებლობის პირდაპირი საფუძველი. პირიქით, ისინი იწვევენ ზიანის ანაზღაურებაზე მოთხოვნას, რომელიც წარმოიშვა ფაქტობრივი სამედიცინო მკურნალობით (რადგან თანხმობა აღარ არის მოქმედი, თუ ინფორმაციის მიწოდების მოვალეობა დარღვეულია) ან უფრო ადვილი დასამტკიცებელია (რადგან, თუ დოკუმენტაციის მოვალეობა დარღვეულია, ეს შეიძლება იყოს ვარაუდის საფუძველი, რომ დოკუმენტურად საჭირო ღონისძიება არ იქნა მიღებული).

2. კონკრეტულ სამართალწარმოებასთან დაკავშირებით უზენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ განაცხადა, რომ 2013 წლის 7 ნოემბრის ოფთალმოლოგიური გამოკვლევის დასრულების შემდეგ მოსარჩელისთვის უნდა მოეთხოვათ კონტროლის მიზნით ოფთალმოლოგთან ვიზიტი, თუ მისი სიმპტომები დაუყოვნებლივ, თუმცა არაუგვიანეს ერთი წლის გასვლის შემდეგ გაუარესდებოდა. ეს გამომდინარეობს იქიდან, რომ მკურნალმა პირმა, გსკ-ის 630c II 1 მუხლის მიხედვით, პაციენტს გასაგებად უნდა აუხსნას ყველა იმ გარემოების შესახებ, რომლებიც მნიშვნელოვანია მკურნალობისთვის, კერძოდ, დიაგნოზი, ავადმყოფობის სავარაუდო განვითარება, თერაპია, თერაპიის დაწყებამდე და მის შემდეგ მიღებული ზომები. ამ ნორმაში კოდიფიცირებულია უზენაესი ფედერალური სასამართლოს მიერ გსკ-ის 630c მუხლის ძალაში შესვლამდე შემუშავებული თერაპიული ინფორ-

მირების, ასევე უსაფრთხოების ინფორმაციის პრინციპები.<sup>28</sup>

თერაპიული ინფორმირების ვალდებულება, რომელიც კოდიფიცირებულია გსკ-ის 630c II 1 მუხლში არის პროფესიული სამედიცინო მკურნალობის ნაწილი. მან უნდა უზრუნველყოს სამედიცინო მკურნალობის წარმატება თანხმლები ღონისძიებებით, კერძოდ, პაციენტისთვის ინფორმაციისა და რჩევების მეშვეობით.<sup>29</sup> ეს ასევე მოიცავს ექიმის ვალდებულებას, აცნობოს პაციენტს ნებისმიერი აუცილებელი სამედიცინო ღონისძიების გადაუდებლობის შესახებ და მიუთითოს ამის შეუსრულებლობასთან დაკავშირებული რისკები.<sup>30</sup> შეუსრულებლობა ამ სფეროში არის სამედიცინო შეცდომა და ამიტომ ყოველთვის პაციენტის მიერ უნდა იყოს დამტკიცებული.<sup>31</sup>

3. მაშასადამე, მოსარჩელის საზიანოდ, რომელსაც ეკისრება მტკიცების ტვირთი მკურნალობის შეცდომის არსებობის გამო, მოქმედებს ის ფაქტი, რომ სააპელაციო სასამართლოს დასკვნის მიხედვით, არ ირკვევა, მიაწოდა თუ არა მოპასუხემ მოსარჩელეს ინფორმაცია საჭირო წესით. კერძოდ, ის ფაქტი, რომ მოსარჩელის მსგავსი თერაპიული ინფორმირების შესახებ არაფერი იყო დოკუმენტირებული პაციენტის საქმეში, არ იწვევს მტკიცების ტვირთის შეცვლას გსკ-ის 630h III მუხლის მიხედვით. მოსარჩელის მოსაზრების გაზიარება ვერ მოხდება, იმასთან დაკავშირებით, რომ თერაპიული ინფორმირების საკითხი ეხება განმარტებას გსკ-ის 630f II 1 მუხლის მნიშვნელობით. თუ ასეთი განმარტება არ არის დოკუმენტირებული საჭირო წესით, პაციენტი სარგებლობს მტკიცებულების ტვირთის შებრუნებით გსკ-ის § 630h III მუხლის მიხედვით, იმისდა მიუხედავად, საჭირო იყო თუ არა დოკუმენტაცია სამედიცინო

<sup>28</sup> ამასთან დაკავშირებით: BGH, Urteil vom 4. September 2004 - VI ZR 186/03 - VersR 2005, 227; BGH, Urteil vom 16. November 2004 - VI ZR 328/03 - VersR 2005, 228; იხ. შემდგომ მოყოლებული BGH, Urteil vom 24. Mai 2022 - VI ZR 206/21 - NJW 2022, 2747, განხილული *Hagenloech*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, II. 2., Rn. 1.

<sup>29</sup> შდრ. BGH, Urteile vom 25. April 1989 - VI ZR 175/88 - BGHZ 107, 222; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 157/08 - VersR 2009, 1267.

<sup>30</sup> ასევე BGH, Urteil vom 26. Mai 2020 - VI ZR 213/19 - VersR 2020, 1052.

<sup>31</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 14. September 2004 - VI ZR 186/03 - VersR 2005, 227; BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 - VI ZR 157/08 - VersR 2009, 1267.

თვალსაზრისით. ამასთან, განმარტების კონცეფცია გსკ-ის 630f II 1 მუხლის მიხედვით ეხება მხოლოდ თვითგამორკვევის ინფორმაციას, რომელიც რეგულირდება გსკ-ის 630e მუხლში, მაგრამ არა პაციენტის თერაპიულ ინფორმირებას, რომელსაც ადრე თერაპიული განმარტება ან უსაფრთხოების შესახებ განმარტება ეწოდებოდა.

გსკ-ის § 630f მუხლში რეგულირებული აღნიშვნის ვალდებულების მიზანს სხვა არაფერი დანიშნულება არ აქვს. სამედიცინო დოკუმენტირების ვალდებულება ძირითადად ემსახურება მკურნალობის შემდგომი კურსისთვის აუცილებელი სამედიცინო მონაცემებისა და ფაქტების უზრუნველყოფას. მკურნალობის პროცესის აღნიშვნით უნდა იყოს უზრუნველყოფილი თერაპია და ასევე გარანტირებული შესაბამისი შემდგომი მკურნალობა.<sup>32</sup> გარდა ამისა, დოკუმენტირება - კერძოდ, პაციენტის უფლება, შეამოწმოს სამედიცინო ჩანაწერები (გსკ-ის 630g მუხლი) მიზნად ისახავს იმის უზრუნველყოფას, რომ ექიმმა შეასრულოს თავისი მოვალეობა, მიაწოდოს ინფორმაცია („ანგარიშვალდებულება“), რომელიც პაციენტთან შედარებით მისი ცოდნის უპირატესობიდან გამომდინარეობს.<sup>33</sup>

დოკუმენტირების ვალდებულების ამ მიზნის გათვალისწინებით, აღნიშვნა უნდა მოხდეს მკურნალობისთვის აუცილებელი ზომებისა და მათი შედეგების, რომლებიც, მკურნალი პირის პროფესიული გადმოსახედით, შეიძლება აუცილებელი იყოს მიმდინარე ან მომავალი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.<sup>34</sup> ეს ეხება ღონისძიებებსა და შედეგებს, რომლებიც უნდა ჩაიწეროს, იმისთვის, რომ ექიმებმა და ექთნებმა საკმარისი ინფორმაცია მიიღონ დაავადების მიმდინარეობისა და აქამდე ჩატარებული მკურნალობის შესახებ, რომლებიც მნიშვნელოვანი მომავალი გადაწყვეტილებების მისაღებად.<sup>35</sup>

ამ პრინციპების შესაბამისად, ის ფაქტი, რომ მოპასუხემ არ დააფიქსირა მოსარჩელის შესახებ ინფორმაცია მისი ჩვილების კონტროლის აუცილებლობის შესახებ, არ იწვევს მტკიცებულების ტვირთის შეცვლას. მოცემული დავის შემთხვევაში სამედიცინო თვალსაზრისით თერაპიული ინფორმაციის დოკუმენტირება არ იყო საჭირო.

4. შემდგომში უზენაესი ფედერალური სასამართლო განიხილავს საკითხს, დაუშვა თუ არა მოპასუხემ დასკვნების გაკეთებისას შეცდომა, ვინაიდან როგორც მოსარჩელე ირწმუნება არ გამოიკვლია თვალის შიდა ნაწილი გუგების გაფართოების მეშვეობით. ამასთან დაკავშირებით, უზენაესი ფედერალური სასამართლო აცხადებს, რომ მოსარჩელე ატარებს მტკიცების ტვირთს ასეთი არასწორი დასკვნების არსებობის შესახებ ანუ სამედიცინო შეცდომის არსებობაზე. ამასთან, სააპელაციო სასამართლომ საპროცესო შეცდომა დაუშვა იმაზე მითითებით, რომ მოსარჩელეს არ დაუმტკიცებია, რომ მოპასუხემ თვალის შიდა ნაწილი საჭირო წესით არ გამოიკვლია. ამ კონტექსტში, სააპელაციო სასამართლო დაეყრდნო იმ ფაქტს, რომ მოპასუხის ელექტრონული დოკუმენტაციის თანახმად, თვალის შიდა ნაწილი გუგების გაფართოებით იქნა გამოკვლეული. აღნიშნული სამართლებრივი მოსაზრებით სააპელაციო სასამართლო თანხვედრაში მოდის სხვა უმაღლესი რეგიონალური სასამართლოების დადგენილ სასამართლო პრაქტიკასთან, რომლის მიხედვითაც სრული მტკიცებულებითი ღირებულება ენიჭება ელექტრონულ დოკუმენტაციას, რომელშიც არ შეინიშნება შემდგომი ცვლილებების რაიმე შემთხვევა, თუ დოკუმენტაცია სამედიცინო თვალსაზრისით დამაჯერებელია და ექიმმა გასაგებად წარმოაჩინა, რომ მას რაიმე ცვლილება არ განუხორციელებია.

<sup>32</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 2. Juni 1987 - VI ZR 174/86 - NJW 1988, 762; BGH Urteil vom 6. Juli 1999 - VI ZR 290/98 - VersR 1999, 1282.

<sup>33</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 27. Juni 1978 - VI ZR 183/76 - BGHZ 72, 132.

<sup>34</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 2. Juni 1987 - VI ZR 174/86 - NJW 1988, 762.

<sup>35</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 22. Oktober 2019 - VI ZR 71/17 - VersR 2020, 233; BGH, Urteil vom 6. Juli 1999 - VI ZR 290/98 - VersR 1999, 1282; BGH, Urteil vom 23. März 1993 - VI ZR 26/92 - VersR 1993, 836.

თუმცა, აღნიშნული სამართლებრივი მოსაზრება აღარ შეიძლება არსებობდეს გსკ-ის 630f I 2 და 3 მუხლის ამოქმედების შემდეგ. ამ დებულების თანახმად, პაციენტის საქმის ჩანაწერებში შესწორებები და ცვლილებები დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ, თავდაპირველი შინაარსის გარდა, ცხადად აღსაქმელი რჩება, მათი გაკეთების დრო. ამ ახალი რეგულაციების მიზანია დოკუმენტაციის გაყალბების თავიდან აცილების სისტემის უზრუნველყოფა. ამიტომ, ელექტრონულად მართული პაციენტის საქმის შემთხვევაში, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ისეთი პროგრამის გამოყენება, რითაც შემდგომი ცვლილებები იქნება აღქმადი.

ამასთან, პროგრამული უზრუნველყოფის გამოყენება, რომელიც არ ხდის შემდგომ ცვლილებებს აღქმადს, არ წარმოშობს გსკ-ის 630h III მუხლით გათვალისწინებულ პრეზუმფციას, რომლის მიხედვითაც მტკიცებულების ტვირთის შეცვლა ხდება, თუ დოკუმენტირებისთვის აუცილებელი გარემოება არ არის დოკუმენტირებული. მტკიცებულების ტვირთის ასეთი შეცვლა ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალმა მხარემ არ ჩაწერა სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო არსებითი ღონისძიება და მისი შედეგი პაციენტის საქმეში, რომელიც ეწინააღმდეგება გსკ-ის 630f მუხლს ან არ იწინასწარმეტყველებს პაციენტის საქმეს. ამიტომ კანონით პირდაპირ არ არის რეგულირებული, მტკიცების თვალსაზრისით თუ რა შედეგები მოჰყვება, როდესაც სამედიცინო ღონისძიება ელექტრონულად არის დოკუმენტირებული, მაგრამ დოკუმენტაცია შეიქმნა ისეთი პროგრამული უზრუნველყოფით, რომელიც შემდგომ ცვლილებებს არ ხდის აღქმადს.

უზენაესი ფედერალური სასამართლოს თვალსაზრისით, არ არსებობს (დადებითი) დასტური იმისა, რომ დოკუმენტირებული ღონისძიება მკურნალი მხარის მიერ რეალურად განხორციელდა. ტრადიციულად ხელით ან საბეჭდი საშუალებით შედგენილი წერილობითი დოკუმენტაციისგან განსხვავებით, რომელშიც გადახაზვის,

წაშლის, ჩამატების ან ხელახალი დაწერის შემდგომი ცვლილებები რეგულარულად შეინიშნება, ელექტრონული დოკუმენტაცია, რომელიც იწინასწარმეტყველებს პროგრამული უზრუნველყოფის საშუალებით და შემდგომ ცვლილებებს ამოუცნობს ხდის, მომხმარებელს სთავაზობს შესაძლებლობას, რომ შემდგომში შეცვალოს ადრე ჩაწერილი შინაარსი მოკლე დროში, მცირე ძალისხმევით და თითქმის აღმოჩენის რისკის გარეშე. გარდა ამისა, არსებობს შინაარსის შემთხვევითი წაშლის ან შეცვლის რისკი. ამიტომ ასეთ დოკუმენტაციას არ გააჩნია პრეზუმციისთვის საჭირო ვარაუდის ეფექტი.<sup>36</sup> ეს მოქმედებს მაშინაც კი, თუ დოკუმენტაციაში შემდგომი ცვლილების ხელშეშახები მითითებები არ არსებობს. თუმცა, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ელექტრონული დოკუმენტაცია, რომელშიც არ ვლინდება შემდგომი ცვლილებები, მთლიანად უგულებელყოფილი უნდა იყოს მტკიცებულებების შეფასებაში. პირიქით, ეს ქმნის ფაქტობრივ გარემოებას, რომელიც მოსამართლემ მისი შინაგანი რწმენის ჩამოყალიბებისას ცვლილებების შეტანის უსაფრთხოების არარსებობის პირობებში ყოვლისმომცველი და ფრთხილი, მაგრამ კრიტიკული შეფასებისას უნდა გაითვალისწინოს.

##### 5. BGH, Urteil vom 18. Mai 2021 - VI ZR 401/19 - MedR 2021, 897

სახელმძღვანელო წინადადება (ნაწყვეტი)

1. (ჯერ) კიდევ ზოგადად არ აღიარებული სამედიცინო მკურნალობის მეთოდის გამოყენებისას, პაციენტის თვითგამორკვევის უფლების უზრუნველყოფის მიზნით, უნდა იყოს დაწესებული მისთვის ინფორმაციის მიწოდების გაზრდილი მოთხოვნები. პაციენტს უნდა აუხსნან არა მხოლოდ ამ მეთოდის დადებითი და უარყოფითი მხარეები, არამედ უნდა ეცნობოს, რომ დაგეგმილი პროცედურა არ არის ან ჯერ კიდევ არ არის სამედიცინო სტანდარტი. ახალი დამკვიდრებული მეთოდი შეიძლება პაციენტზე გა-

<sup>36</sup> შდრ. ასევე BGH, Urteil vom 3. Februar 1998 - VI ZR 356/96 - VersR 1998, 634.

მოყენებულ იქნას მხოლოდ მაშინ, თუ წინასწარ, არაორაზროვნად ეცნობა, რომ ახალი მეთოდი გულისხმობს უცნობი რისკების შესაძლებლობას.

2. ჰიპოთეტური თანხმობის კონცეპტუალური წინაპირობაა სათანადო, კერძოდ სრული ახსნა-განმარტების ჰიპოთეზა. ეს ჰიპოთეზა ასევე უნდა იქნას გამოყენებული, როგორც საფუძველი იმის შესაფასებლად, მიიღო თუ არა პაციენტმა კონფლიქტის არსებობისას გადაწყვეტილება დამაჯერებლად. ... მისი მოსმენის დაწყებამდე, რომელიც პრინციპში აუცილებელია იმის დასადგენად, აღმოჩნდებოდა თუ არა პაციენტი გადაწყვეტილების მიღების კონფლიქტში, მოსამართლემ უნდა აცნობოს პაციენტს, თუ რა ინფორმაცია უნდა მიეწოდებინათ მისთვის შესაბამისი ჩარევის წინ.

ფაქტები (შემოკლებით):

2011 წლის 2 მარტს მოსარჩელეს ჩაუტარდა ხერხემლის დისკის ხელოვნური პროტეზირება პირველი მოპასუხის კლინიკაში. პროცედურა ჩატარდა მეორე მოპასუხეს მიერ, რომელიც მაშინ იყო ზურგის ქირურგიის კლინიკის მთავარი ექიმი. მან გამოიყენა ამჟამად გადახდისუნარიობის მდგომარეობაში მყოფი R. T. Limited-ის (შემდგომში: Fa. R.), მიერ წარმოებული „Cadisc L-ის“ ტიპის ხერხემლის დისკის ხელოვნური პროთეზი, რომელიც მთლიანად პლასტმასისგან გაკეთდა და ბაზარზე გამოყენებული სხვა იმპლანტებისგან განსხვავებით არ ჰქონდა ტიტანის გარე საფარი. 2014 წელს მოსარჩელეს ჰქონდა ტკივილი ხერხემლის წელის ნაწილში. შემდგომმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ პროთეზირების ბირთვის ნაწილები გაქრა, გადავიდა სპინალურ არხში და მარცხენა მხარეს დააჭირა S1 ფეხზე. ამიტომ მეორე მოპასუხემ პროტეზი 2014 წლის 30 ივნისს ამოიღო და ხერხემლის მალეების ხელოვნური სტაბილიზატორით შეცვალა.

მოსარჩელე ირწმუნება, რომ პლასტიკური პროთეზის გამოყენება სამედიცინო შეცდომა

იყო, რადგან მწარმოებელმა უკვე 2010 წელს ყველა კლინიკას აცნობა აღნიშნული ხერხემლის მალეების ხელოვნური სტაბილიზატორის პროტეზებთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ და უკან გაიწვია. გარდა ამისა, 2011 წლის 2 მარტის მანიპულაცია ახალი სახის პლასტიკური პროტეზირების გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ ინფორმაციის მიუწოდებლობის გამო მისი თანხმობით არ მომხდარა.

სამართლებრივი საკითხები:

გადაწყვეტილებაში ცენტრალი ადგილი უკავია საკითხებს ახალი მეთოდების გამოყენებისას სამედიცინო ინფორმირების ვალდებულებასა და ჰიპოთეტური თანხმობის შესახებ. ვინაიდან, ჰიპოთეტურ თანხმობასთან დაკავშირებული კითხვების განხილვა მოხდა 2022 წლის 21 ივნისის უზენაესი ფედერალური სასამართლოს გადაწყვეტილებაში<sup>37</sup>, აქ მხოლოდ ახალი მეთოდის გამოყენების თემატიკა განიხილება უფრო დეტალურად.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. პირველ რიგში, უზენაესი ფედერალური სასამართლო განსაზღვრავს, რომ მეორე მოპასუხემ გამოიყენა ზოგადად არ აღიარებული სამედიცინო მკურნალობის მეთოდი. კომპანია Fa. R.-is Cadisc L სისტემის ხელოვნური ენდოპროტეზირების იმპლანტაციისას სკითხი ეხება ჯერ კიდევ არდამკვიდრებულ და კლინიკურად არასაკმარისად გამოცდილ ახალ მეთოდს.

2. ზოგადად არდამკვიდრებული სამედიცინო მკურნალობის მეთოდის გამოყენებისას, პაციენტის თვითგამორკვევის უფლების უზრუნველყოფის მიზნით მისთვის ინფორმაციის მიწოდების გაზრდილი მოთხოვნები უნდა იყოს დაწესებული. პაციენტს უნდა აუხსნან არა მხოლოდ ამ მეთოდის დადებითი და უარყოფითი მხარეები, არამედ უნდა ეცნობოს, რომ დაგეგმილი პროცედურა არ არის, ან ჯერ კიდევ არ არის, სა-

<sup>37</sup> VI ZR 310/21 NJW 2022, 2682, მიმოხილვა Hagenloch, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, II. 4., Rn. 2. f.

მედიცინო სტანდარტი.<sup>38</sup> თუ ექიმს სურს გამოიყენოს ახალი მეთოდი, რომელიც ჯერ კიდევ არ არის დამკვიდრებული ჯერ კიდევ ბოლომდე გაურკვეველი რისკებით, მან უნდა შეატყობინოს პაციენტს, რომ უცნობი რისკები ამჟამად არ შეიძლება გამოირიცხოს.<sup>39</sup> პაციენტისთვის ასეთი ერთმნიშვნელოვანი ინფორმაცია აუცილებელია იმისათვის, რომ მისთვის ნათელი გახდეს, რომ ახალი მეთოდი გულისხმობს უცნობი რისკების შესაძლებლობას. მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება პაციენტმა ყურადღებით აწონ-დაწონოს, სურს თუ არა მას ჩვეულებრივი მეთოდით მკურნალობა ცნობილი რისკებით თუ ახალი მეთოდით, პერსპექტიული უპირატესობებისა და იმ საფრთხეების კონკრეტული გათვალისწინებით, რომლებიც ჯერ კიდევ არ არის ცნობილი.

განმცხადებლისთვის მიწოდებულმა ინფორმაციამ არ დააკმაყოფილა ეს მოთხოვნები. მოსარჩელე არ იყო ინფორმირებული, რომ პლასტიკური ენდოპროთეზის დაგეგმილი იმპლანტაცია ჯერ არ იყო სამედიცინო სტანდარტი და არც ის, რომ იგი დაკავშირებული იყო უცნობი რისკების შესაძლებლობასთან.

## 6. BGH, Urteil vom 2. September 2021 - III ZR 63/20 - BGHZ 231, 31

სახელმძღვანელო წინადადება (მცირედით შეცვლილი):

ფორმულარი, რომელიც მიზნად ისახავს პაციენტის სამედიცინო განმარტების და გადაწყვეტილების დოკუმენტირებას იმის შესახებ, სურს თუ არა მას ჩატარებული გამოკვლევა, ზოგადად, გსკ-ის 307 III 1 მუხლის მიხედვით არ ექვემდებარება კონტროლს სტანდარტული პირობების წესების შესაბამისად (გსკ-ის 307 I და II, 308, 309 მუხლები), რადგან უზენაესი ფედერალური სასამართლოს მიერ დადგენილი სასამართლო პრაქტიკის შედეგად განვითარებული დამოუკიდებელი დათქმები ვრცელდება სამე-

დიცინო განმარტებაზე, რომელსაც ასევე შედეგები აქვს მტკიცების ტვირთისთვის.

სამართლებრივი საკითხები:

გადაწყვეტილება ყურადღებას ამახვილებს იმ ფორმებისა და საინფორმაციო ფურცლების საკითხებზე, რომლებიც პაციენტს სამედიცინო განმარტებასთან ერთად გადაეცემა (ე.წ. საინფორმაციო ფურცლები).

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. პირველ რიგში, უნდა აღინიშნოს, რომ გსკ-ის 307 III მუხლის თანახმად, სტანდარტული პირობების შინაარსობრივი კონტროლი (უფრო დეტალურად რეგულირდება გსკ-ის 307 I და II, 308, 309 მუხლებით) გამორიცხულია მანამ, სანამ განსხვავებული ან დამატებითი რეგულაციები შესაბამისობაში მოდის სამართლებრივი დებულებების მეშვეობით. უზენაესი ფედერალური სასამართლო ასეთ უპირატეს კანონის მიერ დებულებად მიიჩნევს 2013 წლის თებერვალში ძალაში შესულ სამედიცინო განმარტების ვალდებულების დათქმებს, მათ შორის, სასამართლო პრაქტიკაში განვითარებული მტკიცების ტვირთის პრინციპებს. თუმცა, სსკ-ის 343-ე და შემდგომი მუხლები გსკ-ის 307 III მუხლის მსგავს დათქმას არ მოიცავს და ასევე არ არსებობს ნორმატიული დებულება სამედიცინო განმარტების ვალდებულების შესრულების წინაპირობებისა, ისევე როგორც ვალდებულების დარღვევისას მტკიცების ტვირთის საკითხებთან დაკავშირებით, შესაბამისად, ამ გადაწყვეტილების ფუნდამენტური მოსაზრებები შეუზღუდავად არ უნდა იყოს გადატანილი საქართველოს კანონმდებლობაში. ამ მიზეზით, მოცემულ კონტექსტში უზენაესი ფედერალური სასამართლოს მოსაზრებები განიხილება იმდენადაც, რამდენადაც ისინი პასუხობენ კითხვას, თუ რა მიზანი აქვთ ამ ფორმებს და რა მიზეზით არიან ისინი იურიდიულ მოთხოვნებთან არა მხოლოდ თავსებადი, არამედ სასარგებლოც კი.

<sup>38</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 15. Oktober 2019 - VI ZR 105/18 - MedR 2020, 379, ე. წ. გარე მეთოდის (Außenseitermethode) გამოყენებისთვის.

<sup>39</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 13. Juni 2006 - VI ZR 323/04 - BGHZ 168, 103; BGH, Urteil vom 27. März 2007 - VI ZR 55/05 - BGHZ 172, 1.

2. საერთო მოსაზრებით, სამედიცინო ინფორმაცია ზოგადად მოწოდებული უნდა იყოს ზეპირად. საინფორმაციო ფურცლების გადაცემა და ხელმოწერა ვერ შეცვლის საჭირო კონსულტაციას ექიმსა და პაციენტს შორის.<sup>40</sup> უფრო მეტიც, საინფორმაციო ფურცელი (შინაარსობრივად სპეციფიურ დასკვნებზე და კონკრეტულად დაგეგმილ ღონისძიებაზე მორგებული) მიზნად ისახავს, უკეთ გააგებინოს პაციენტს კონსულტაციით გაკეთებული ზეპირი ახსნა-განმარტებები და მისი ხელახლა წაკითხვით (კონსულტაციის სტრესული მდგომარეობის გარეშე) მას გააცნოს დაგეგმილი მანიპულაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეების ერთმანეთთან შეწონადობის შესაძლებლობა.

ეს ეხება განსაკუთრებით იმ ფაქტს, რომ გსკ-ის 630e II 1 Nr. 2 მუხლის თანახმად, ოპერაციის რისკების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება უნდა მოხდეს სწორ დროს ისე, რომ პაციენტმა შეძლოს თანხმობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება მისი კარგად გააზრებით. როგორც წესი, თანხმობა ბათილია, თუ დრო არ აძლევს პაციენტს შესაძლებლობას, კონსულტაციის მიმდინარეობა და შინაარსი გამყარებული საინფორმაციო ფურცლით დაამუშაოს და მხოლოდ ფრთხილი ფიქრის შემდეგ გადაწყვიტოს.<sup>41</sup> გარდა ამისა, ასეთი საინფორმაციო ფურცლების გადაცემა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ისინი ასევე შეიცავენ თანხმობის წერილობით გამოვლინებას, შეიძლება ჰქონდეს გარკვეული არაპირდაპირი მნიშვნელობა იმ ფაქტისთვის, რომ მოხდა ზეპირი ახსნა-განმარტებაც.

3. ამ პრინციპების საფუძველზე, უზენაესი ფედერალური სასამართლო მიიჩნევს, რომ მოსამართლეთა შინაგანი რწმენის ფორმირებისას საჭიროა კონსულტაციის მიმდინარეობისა და შინაარსის საკითხთან მიმართებით ფაქტო-

ბრივი გარემოებების გასაგები და ფრთხილი შეწონადობა.<sup>42</sup> გასათვალისწინებელ გარემოებებს მიეკუთვნება, მაგალითად, მუდმივი ან ჩვეულებრივი საკონსულტაციო პრაქტიკა. თუ ექიმს შეუძლია აღნიშნულის წარმოდგენა და, საჭიროების შემთხვევაში დამტკიცებაც, ეჭვის შემთხვევაში უნდა ერწმუნონ, რომ განმარტება მოცემულ ინდივიდუალურ შემთხვევებში ასევე მოხდა შესაბამისი გზით.<sup>43</sup> გარდა ამისა, შეიძლება გამოყენებულ იქნას ექიმის ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტებში (პაციენტის საქმეში).<sup>44</sup> პაციენტისთვის მიწოდებული განმარტების შინაარსისთვის არსებით საკითხს, როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი თვალსაზრისით, წარმოადგენს პაციენტისთვის ხელმისაწვდომი ან მის მიერ ხელმოწერილი განმარტების ან თანხმობის ფორმა (საინფორმაციო ფურცელი).<sup>45</sup>

**7. BGH, Beschluss vom 9. November 2021 - VIII ZR 362/19 - MedR 2022, 576**

საორიენტაციო წინადადება (ნაწყვეტი):

1. ბავარიელი სტომატოლოგების პროფესიული კოდექსის მე-8 მუხლის მე-5 პუნქტის თანახმად, სტომატოლოგს არ აქვს უფლება მოითხოვოს ანაზღაურება ან რაიმე სხვა ეკონომიკური უპირატესობა პაციენტების გადამისამართებისთვის ან საკვლევი მასალისთვის, გასცეს დაპირება ან გარანტია. ეს დებულება არის ამკრძალავი ნორმა გსკ-ის § 134 მუხლის მნიშვნელობით.

2. პაციენტთა ბაზის შეთანხმებული გაყიდვა სტომატოლოგიური საქმიანობის შეწყვეტის გამო არღვევს სასყიდლიანი გადამისამართების პროფესიულ აკრძალვას, თუ სტომატოლოგი ანაზღაურების სანაცვლოდ იღებს ვალდებულე-

<sup>40</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 8. Januar 1985 - VI ZR 15/83 - NJW 1985, 1399.

<sup>41</sup> შდრ. ამასთან OLG Bremen, Urteil vom 25. November 2021 - 5 U 63/20 – MedR 2022, 493, nachfolgend unter Ziffer IV. 3. დეტალურად წარმოდგენილი.

<sup>42</sup> შდრ. ასევე BGH, Urteil vom 28. Januar 2014 - VI ZR 143/13 - NJW 2014, 1527; BGH, Urteil vom 8. Januar 1985 - VI ZR 15/83 - NJW 1985, 1399.

<sup>43</sup> იხ. ასევე BGH, Urteil vom 28. Januar 2014 - VI ZR 143/13 - NJW 2014, 1527.

<sup>44</sup> შდრ. ასევე BGH, Urteil vom 28. Januar 2014 - VI ZR 143/13 - NJW 2014, 1527.

<sup>45</sup> ასევე: BGH, Urteil vom 11. Oktober 2016 - VI ZR 462/15 – NJWRR 2017, 533; BGH, Urteil vom 28. Januar 2014 - VI ZR 143/13 - NJW 2014, 1527.

ბას, დაარწმუნოს თავისი პაციენტები, გააგრძელონ მკურნალობა მყიდველთან, კერძოდ, ზარები გადაამისამართოს, ასევე პირდაპირ ურჩიოს სხვა სტომატოლოგი. შესაბამისად, ეს შეთანხმება ბათილია.

სამართლებრივი საკითხები:

გადაწყვეტილება ეხება საკითხს, რამდენად შესაძლებელია პაციენტების ბაზის გადაცემა ექიმების ან სტომატოლოგების შემთხვევაში.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. ამ გადაწყვეტილების გასაგებად საჭიროა სამედიცინო და სტომატოლოგიური თვითმმართველობის მარეგულირებელი გერმანული კანონმდებლობის გარკვეული საბაზისო ცოდნა.

სხვა ქვეყნებისგან განსხვავებით, გერმანიაში ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედებს თვითმმართველობის პრინციპი. ეს ნიშნავს, რომ მართალია, სახელმწიფო უზრუნველყოფს საკანონმდებლო ბაზას, თუმცა, ამ ფარგლებში სამედიცინო დახმარების პროვაიდერები თავად აკეთებენ ორგანიზებას.

ექიმებისა და სტომატოლოგთა ასოციაციებს ენიჭებათ ცენტრალური მნიშვნელობა შესაბამისი სამედიცინო პროფესიული კანონისთვის; ისინი გერმანიაში ექიმებისა და სტომატოლოგების პროფესიული თვითმმართველობის წარმომადგენლები არიან. სავალდებულო წევრად მიიჩნევა ყველა ექიმი და სტომატოლოგი, რომლებიც უფლებამოსილი არიან ეწეოდნენ თავიანთ პროფესიულ საქმიანობას მათ რეგიონში. ექიმებისა და სტომატოლოგთა ასოციაციებს ენიჭებათ ვალდებულება საკუთარი პასუხისმგებლობით შეასრულონ ვალდებულებები ჯანდაცვის პროფესიების ასოციაციების შესახებ სახელმწიფო კანონის ფარგლებში (იხ., მაგალითად, ჯანდაცვის პროფესიების ასოციაციების შესახებ სახელმწიფო კანონი <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/3941-Saechsisches-Heilberufekammergesetz>). აღნიშნული მოიცავს, უპირველეს ყოვლისა, პროფესიული კოდექსების ამოქმედებას, რომლებიც არეგულირებენ ინდივიდუალური ექიმის ან სტომატოლოგის პროფესიულ ვალდებულებებს პაცი-

ენტების, პროფესიული კოლეგებისა და სამედიცინო ასოციაციის მიმართ. ამ პროფესიულ კოდექსებში საკითხი ეხება თვითმმართველობის უფლებებს (წესდება; შდრ. რეგულაციის შინაარსი, მაგალითად, გერმანიის სამედიცინო ასოციაციის მიერ გამოქვეყნებული ექიმების დანიშვნის რეგლამენტი

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/\\_Bek\\_BAEK\\_MBO-AE\\_Online\\_final.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf)) ან მოცემულ დავაში მნიშვნელოვანი ბავარიელი სტომატოლოგების პროფესიული კოდექსი ([https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/berufsordnung.pdf/\\$file/berufsordnung.pdf](https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/berufsordnung.pdf/$file/berufsordnung.pdf)).

აღნიშნული პროფესიული თვითმმართველობის ასოციაციების გარდა, ჯანდაცვის სისტემაში თვითმმართველ დაწესებულებებს წარმოადგენენ კანონით დადგენილი ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიები (რომლებსაც არ ეხება წინამდებარე სამართლებრივი დავის საგანი) და სამედიცინო დაზღვევის ექიმთა და სტომატოლოგთა ასოციაციები. ჯანმრთელობის დაზღვევის ექიმთა ასოციაციები წარმოადგენენ შესაბამის ფედერალურ მიწებზე იმ ექიმებსა და სტომატოლოგებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან იმ პაციენტების მკურნალობაზე, რომლებიც დაზღვეულები არიან კანონისმიერი ჯანმრთელობის დაზღვევით (GKV). ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიები აფორმებენ ხელშეკრულებებს ე.წ. მომსახურების მიმწოდებლებთან (ექიმებთან, სტომატოლოგებთან, სავადმყოფოებთან და აფთიაქებთან და ა.შ) აგროვებენ ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანებს წევრებისგან და მათი დამსაქმებლებისგან (რომლებმაც უნდა გადაიხადონ საწევრო გადასახადის ნახევარი) და არეგულირებენ ერთმანეთში (პაციენტების მონაწილეობის გარეშე) გაწეული მომსახურების ანაზღაურების საკითხს. ისინი არიან საჯარო სამართლის სუვერენული უფლებამოსილების განმახორციელებელი ორგანოები და პასუხისმგებელი არიან ე.წ. კანონისმიერ-სახელშეკრულებო მომსახურებაზე (იგულისხმება: კანონით დაზღვეული პაციენტის მომსახურება) (შდრ. მოკლე განმარტება



<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesensselbstverwaltung.html>). კანონისმიერ ჯანმრთელობის დაზღვევაში (GKV), როგორც წესი, ოჯახის ყველა წევრი დაზღვეულია, რომელსაც არ აქვს საკუთარი შემოსავალი.

კანონისმიერ ჯანმრთელობის დაზღვევის წევრებისა და თანადაზღვეულებისგან განსხვავებით, კერძო პაციენტები ე.წ. „თვითგადაამხდლები“ არიან. ისინი თავად დებენ ხელშეკრულებას სერვისის მიმწოდებლებთან (ექიმებთან, აფთიაქებთან და ა.შ.). როგორც საქართველოში, მათაც უწევთ ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებების გაფორმება კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან დაზღვევის პაკეტის მისაღებად. ამ კერძო პაციენტებს, პირველ რიგში, მიეკუთვნებიან თვითდასაქმებულები (თუ ისინი თვითდასაქმების შემდეგ არ დარჩებიან კანონისმიერ სამედიცინო დაზღვევაში, როგორც ეგრეთ წოდებული ნებაყოფლობითი წევრები), საჯარო მოხელეები, მოსამართლეები და დასაქმებულები, რომელთა წლიური ხელფასი აღემატება გარკვეულ მაქსიმალურ ოდენობას (ე.წ. სავალდებულო სადაზღვევო ლიმიტი, რომელიც ამოქმედდება 2022 წლიდან დარიცხული 64350 ევრო წელიწადში) და რომლებიც ამ ლიმიტის გადალახვის შემდეგ არ ითვლებიან ნებაყოფლობითი წევრებად.

2. უზენაესი ფედერალური სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველი იყო შემდეგი რეგულაცია, რომელსაც მოიცავს ბავარიელი სტომატოლოგების პროფესიული კოდექსი:

„§ 8

(5) სტომატოლოგს არ აქვს უფლება მოითხოვოს ანაზღაურება ან რაიმე სხვა ეკონომიკური უპირატესობა პაციენტების გადამისამართებისთვის ან საკვლევი მასალისთვის, გასცეს დაპირება ან გარანტია.

გარკვეული დამატებითი პირობების არსებობის შემთხვევაში, ასეთი შეთანხმებები ისჯება სისხლის სამართლის კოდექსის 299a მუხლით (ქრთამის აღება ჯანდაცვის სექტორში)

და სისხლის სამართლის კოდექსის 299b მუხლით (ქრთამის მიცემა ჯანდაცვის სექტორში).

გარდა ამისა, წინასწარ უნდა აღინიშნოს, რომ ექიმებისა და სტომატოლოგების კაბინეტების ნასყიდობის ხელშეკრულებები ზოგადად დასაშვებია. თუმცა, ასეთი შეთანხმებები ძალადაკარგულია კანონიერი აკრძალვის დარღვევის გამო (გსკ-ის 134 მუხლი, შეადარეთ სსკ-ის 54 მუხლს), რამდენადაც ისინი ითვალისწინებენ, რომ გამყიდველმა უნდა გადასცეს პაციენტის მონაცემები (პაციენტის საქმე) დაინტერესებული პაციენტების თანხმობის გარეშე. მყარად დამკვიდრებული სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით<sup>46</sup>, ასეთი შეთანხმებები არღვევს პაციენტის უფლებას ინფორმაციული თვითგამორკვევისა და სამედიცინო კონფიდენციალურობის შესახებ (გერმანიის კონსტიტუციის მე-2 მუხლის 1-ელი აბზაცი, სისხლის სამართლის კოდექსის 203-ე მუხლი). თუ, კაბინეტის ნასყიდობის ხელშეკრულებაში საჭიროების შესაბამისად არის შეთანხმებული, რომ პაციენტის მონაცემები შეიძლება გადაეცეს მხოლოდ პაციენტის თანხმობით, მონაცემთა დაცვის კანონის და თვითგამორკვევის უფლება მოითხოვს, რომ პაციენტის მონაცემები ინახებოდეს უსაფრთხოდ, სანამ თანხმობა არ არის მიცემული.<sup>47</sup>

თუმცა, პაციენტის ბაზის (იზოლირებული) გადაცემა უნდა განვარჩიოთ ასეთი კაბინეტის ყიდვისგან. მარტივად რომ ვთქვათ, ის მიზნად ისახავს „საკუთარი“ პაციენტების მიყვანას სხვა ექიმთან კაბინეტის გასხვისების გარეშე. ზემოაღნიშნული პროფესიული კოდექსის მიხედვით, ეს ნებისმიერ შემთხვევაში დაუშვებელია და შესაძლოა დასჯადიც კი იყოს სისხლის სამართლის კოდექსის 299a, 299b მუხლებით, თუ არსებობს პაციენტებით ფასიანი „ვაჭრობა“. ზემოაღნიშნული დათქმებიდან გამომდინარე, უზენაეს ფედერალურ სასამართლოს უნდა გადაწყვიტა, პაციენტების დაუშვებელი სასყიდლიანი „გადამისამართება“ ან „მიყვანა“ (სისხლის სამართლის კოდექსის 299a, 299b მუხლებით)

<sup>46</sup> BGH, Urteil vom 11. Dezember 1991 - VIII ZR 4/91 - BGHZ 116, 268; BGH, Urteil vom 11. Oktober 1995 - VIII ZR 25/94 - NJW 1996, 773.

<sup>47</sup> შდრ. მაგ.: LG Kiel, Urteil vom 27. Juni 2014 - 5 O 64/14 - juris.

ბი) შეიძლება თუ არა გამოიხატოს იმაში, როდესაც გადამამისამართებელმა სტომატოლოგმა მის პაციენტებს უბიძგა გაეგრძელებინა მკურნალობა მყიდველთან, კერძოდ, მოაწყო ზარების გადამისამართების შესაძლებლობა და სხვა სტომატოლოგს გაუწია პირდაპირი რეკომენდაცია.

3. უზენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ დადებითად უპასუხა ამ კითხვას და არსებითად დაასაბუთა შემდეგნაირად:

პროფესიული კოდექსის მე-8 მუხლის მე-5 პუნქტში საკითხი ეხება აკრძალვის დათქმას გსკ-ის 134 მუხლის მნიშვნელობით.<sup>48</sup> მისი მიზანია, რომ ექიმმა გადაწყვეტილების მიღებისას, რომელ ექიმთან გადაამისამართოს პაციენტი, თავიდანვე არ აიღოს ვალდებულება ანაზღაურების სანაცვლოდ. პირიქით, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს, რომ ასეთი გადაწყვეტილება მიიღება მხოლოდ პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე სამედიცინო მოსაზრებების საფუძველზე.<sup>49</sup> „გადამისამართებაში“ ან „მიყვანაში“ პროფესიული კოდექსის მე-8 მუხლის მე-5 პუნქტის მნიშვნელობით სისხლის სამართლის კოდექსის 299a, 299b მუხლების მნიშვნელობით, იგულისხმება ნებისმიერი ზეგავლენა პაციენტზე იმ განზრახვით, რომ მის თავისუფალ არჩევანზე ექიმები ან სხვა მომსახურების მიმწოდებლები ზემოქმედებას მოახდენენ.<sup>50</sup> ამიტომ გადაწყვეტი ფაქტორი არ არის მოქმედების მოდალობა, ანუ ფორმა, რომლითაც ხდება ზემოქმედება პაციენტზე, არამედ განზრახვა, რომლითაც ეს კეთდება. ეს ასევე ეხება იმ შემთხვევას, როდესაც მკურნალი ექიმი გადამისამართებას (რეკომენდაციას) აკეთებს მისი კაბინეტისთვის დასახულ ამოცანასთან კავშირში.

ასეთი დაუშვებელი გადამისამართება (რეკომენდაცია) მდგომარეობს იმაში, რომ სტომატოლოგი, რომელიც წყვეტს თავის საქმიანობას, იღებს ვალდებულებას, ანაზღაურების სანაცვლოდ, ზეგავლენა მოახდინოს თავის პაციენტებზე, რათა უბიძგოს, რომ მათ გააგრძელონ

მკურნალობა სხვა, კონკრეტულ სტომატოლოგთან. ეს შეიძლება მოხდეს აქ ზარების მუდმივი გადამისამართების მოწყობილობის დაყენებით, ზარების ვებსაიტის გადამისამართებით და ამასთან, შეთანხმებული ცირკულარულით. მოცემულ შემთხვევაში პაციენტებს პირდაპირ ურჩევენ, რომ მკურნალობა გააგრძელონ მყიდველთან. ამ „სარეკლამო ღონისძიებების“ ეფექტი ძლიერდება პაციენტის საქმეების დამატებით შეთანხმებული გადაცემით.

### III. მნიშვნელოვანი ტენდენციები ფედერალური ადმინისტრაციული სასამართლოს პრეცედენტულ სამართალში:

2021 წლის საანგარიშო პერიოდის დაწყებამდე ცოტა ხნით ადრე, ფედერალური ადმინისტრაციული სასამართლოს ქვემოთ მოყვანილი გადაწყვეტილება ეხებოდა პრეიმპლანტაციის გენეტიკური ტესტების (PGT, Preimplantation Genetic Testing) საკითხს.

#### **BVerwG, Urteil vom 5. November 2020 - 3 C 12/19 - BVerwGE 170, 273**

სახელმძღვანელო წინადადება:

1. ეთიკის კომიტეტებს პრეიმპლანტაციის დიაგნოსტიკისთვის არ აქვთ შეფასების არეალი მძიმე მემკვიდრეობითი დაავადების მაღალი რისკის პირობების არსებობის შემთხვევაში ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3a III 1 №2 მუხლის, II 1 წინადადებასთან ერთობლიობის მიხედვით.

2. არსებობს თუ არა მძიმე მემკვიდრეობითი დაავადების მაღალი რისკის წინაპირობები ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3a III 1 №2 მუხლის, II 1 წინადადებასთან ერთობლიობის მიხედვით, ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში განსაკუთრებულად უნდა შეფასდეს. მემკვიდრეობითი დაავადება განსაკუთრებით მძიმეა, თუ დაავადება მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვა მე-

<sup>48</sup> ასევე: BGH, Urteil vom 22. Januar 1986 - VIII ZR 10/85 - NJW 1986, 2360.

<sup>49</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 22. Januar 1986 - VIII ZR 10/85 - NJW 1986, 2360.

<sup>50</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 26. April 2018 - I ZR 121/17 - GRUR 2018, 1271.

მკვიდრეობითი დაავადებებისგან სიცოცხლის დაბალი ხანგრძლივობის ან კლინიკური სურათის სიმძიმისა და გართულებული განკურნებადობის გამო.

3. თუ კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას, უნდა მოხდეს თუ არა მემკვიდრეობითი დაავადების კლასიფიცირება როგორც მძიმე, იმის გამო, რომ სულ მცირე ერთ-ერთი მშობლის გენეტიკური დისპოზიციის მიხედვით მოსალოდნელი დაავადების გამოხატვა შთამომავლობაშიც მოსალოდნელია, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული გენეტიკურ დისპოზიციასთან ერთად დაინტერესებული ქალის, ისევე როგორც წყვილის სხვა პრობლემებიც.

ფაქტები:

*მოსარჩელემ მიმართა პრეიმპლანტაციის დიაგნოსტიკაზე უფლებამოსილ ბავარიის ეთიკის კომიტეტს (შემდგომში: ეთიკის კომიტეტი), პრეიმპლანტაციის დიაგნოსტიკის (შემდგომში: PGD) ჩატარებაზე თანხმობისთვის. განცხადებას თან დაურთო რამდენიმე სამედიცინო ჩვენება, მათ შორის ადამიანის გენეტიკური კონსულტაციის შეჯამება. აღნიშნულიდან გამომდინარეობდა, რომ მიოტონური დისტროფია ტიპი 1 დადასტურდა მოლეკულური გენეტიკით მოსარჩელის პარტნიორში. მის პარტნიორს, ისევე, როგორც მისი პარტნიორის უფროს დასა და მამას, აღნიშნებოდათ კუნთების მნიშვნელოვანი სისუსტე და მიოტონური დისტროფიის სხვა სიმპტომები. მოსარჩელის ორსულობის შემთხვევაში, 50 პროცენტია ალბათობა იყო იმის, რომ გამოვლენილიყო პირველი ტიპის მიოტონური დისტროფია.*

სამართლებრივი საკითხები:

სამართლებრივ დავაში ცენტრალური საკითხი ეხებოდა იმას, დაადასტურა თუ არა მოსარჩელემ, რომ ბავშვს ჰქონდა სერიოზული მემკვიდრეობითი დაავადების განვითარების მაღალი რისკი, ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3a III 1 №2 მუხლის, II 1 წინადადებასთან ერთობლიობის მიხედვით.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. გადაწყვეტილების განხილვამდე წარმოდგენილი უნდა იყოს გერმანიის ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონში (<https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/ESchG.pdf>) PGD-ს რეგულაციების ძირითადი მახასიათებლები.

ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის არსებითი მიზანია, თავიდან აიცილოს ინვიტრო განაყოფიერების (IVF) ტექნიკის არასათანადო გამოყენება ადამიანის ემბრიონის ჩასახვისთვის და დაიცვას ადამიანის ემბრიონები სხვების სასარგებლოდ გამოყენებისგან. უზენაესმა ფედერალურმა სასამართლომ 2010 წელს მიიღო გადაწყვეტილება იმის შესახებ, რომ ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის იმდროინდელი მოქმედი ვერსია არ კრძალავდა ექსტრაკორპორაციული განაყოფიერების შემდგომ პრეიმპლანტაციის დიაგნოსტიკას ბლასტოციტის ბიოფსიის გამოყენებით და ამოღებული პლურიპოტენტური ტროფობლასტური უჯრედების შემდგომ გამოკვლევას მძიმე გენეტიკური დაზიანების დადგენის მიზნით.<sup>51</sup> საკამათო იურიდიულ-პოლიტიკური და იურიდიულ-ეთიკური დისკუსიების შემდეგ, 2011 წელს მიღებულ იქნა პრეიმპლანტაციის დიაგნოსტიკის შესახებ კანონი (PräimpG), რომლის მეშვეობითაც ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონში დამატებული იქნა შემდეგი რეგულაცია:

„§ 3a პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა;

(1) ნებისმიერი პირი, რომელიც გენეტიკურად შეისწავლის ემბრიონის უჯრედებს ინვიტრო განაყოფიერებისას მის საშვილოსნოში გადატანამდე (პრეიმპლანტაციური დიაგნოსტიკა), ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ერთ წლამდე ან ჯარიმით.

(2) თუ იმ ქალის, რომელშიც კვერცხუჯრედი იქმნება ან მამაკაცის, რომელშიც სპერმის უჯრედი წარმოიშობა, ან ორივე მათგანის გენეტიკური დისპოზიციის საფუძველზე, არსებობს მძიმე მემკვიდრეობითი დაავადების მაღალი რისკი მათი შთამომავლებისთვის, ის პირი, რო-

<sup>51</sup> BGH, Urteil vom 6. Juli 2010 - 5 StR 386/09 - BGHSt 55, 206.

მელიც ორსულობის წარმოშობისთვის ქალის წერილობითი თანხმობით, რომელშიც კვერცხუჯრედი იქმნება, ზოგადად აღიარებული სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიის მდგომარეობის გათვალისწინებით, ემბრიონის უჯრედებს იყენებს ინვიტრო განაყოფიერებისას მის საშვილოსნოში გადატანამდე, გენეტიკური დაავადების საფრთხის დასადგენად, არ მოქმედებს უკანონოდ. იმ პირის ქმედება, რომელიც პრეიმპლანტაციის გენეტიკურ დიაგნოზს ატარებს იმ ქალის წერილობითი თანხმობით, ვისთანაც კვერცხუჯრედი წარმოიშობა, ემბრიონის მძიმე დაზიანების დასადგენად, რომელიც მაღალი ალბათობით სიკვდილს ან აბორტს გამოიწვევს, ასევე არ არის უკანონო.

(3) პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზი მე-2 აბზაცის მიხედვით დასაშვებია მხოლოდ

1. მას შემდეგ, რაც ქალის მიერ ნასურვები ემბრიონების უჯრედების გენეტიკური გამოკვლევის სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური შედეგების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და კონსულტაციის გაწევა მოხდება, რომლის დროსაც განმარტება ხდება თანხმობის მიღებამდე,

2. მას შემდეგ, რაც პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის დამტკიცებულ ცენტრებში ინტერდისციპლინარული ეთიკის კომიტეტი შეისწავლის მე-2 პუნქტის მოთხოვნების შესრულებას და თანხმობას გასცემს.

3. კვალიფიციური ექიმის მიერ პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზისთვის დამტკიცებულ ცენტრებში, რომლებსაც აქვთ დიაგნოსტიკური, სამედიცინო და ტექნიკური საშუალებები, რომლებიც აუცილებელია პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის ღონისძიებების განსახორციელებლად. პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის კონტექსტში განხორციელებულ ზომებს, მათ შორის ეთიკის კომიტეტების მიერ უარყოფილ შემთხვევებს, უფლებამოსილი ცენტრები ცენტრალურ ოფისში ანონიმურ ფორმებში ატყობინებენ და ახდენენ დოკუმენტირებას. ფედერალური მთავრობა ფედერალურ საბჭოსთან ერთად განსაზღვრავს დეტალებს

1....

2. ... პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის ეთიკის კომიტეტების შექმნის, შემადგენლობის, პროცედურისა და დაფინანსების შესახებ, ...

(5) არცერთი ექიმი არ არის ვალდებული განახორციელოს ან მონაწილეობა მიიღოს მე-2 პუნქტით გათვალისწინებულ ნებისმიერ ღონისძიებაში. უმოქმედობა უარყოფითად არ იმოქმედებს დაინტერესებულ პირზე.

(6) ყოველ ოთხ წელიწადში ფედერალური მთავრობა ადგენს ანგარიშს პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზით მიღებული გამოცდილების შესახებ....

ეთიკის კომიტეტების შემადგენლობის შესახებ დამატებითი დეტალები რეგულირდება პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის დადგენილების (PIDV) მე-4 მუხლში (<https://www.gesetze-im-internet.de/pidv>). უფლებამოსილმა ეთიკის კომიტეტმა უნდა შეაფასოს განაცხადი PGD-ის ჩატარებაზე შესახებ ზემოაღნიშნული დადგენილების მე-4 მუხლის მე-4 პუნქტის საფუძველზე, ამასთან, თანხმობა უნდა გასცეს, თუ ის კონკრეტული ინდივიდუალური საქმის შესაბამისი ფსიქოლოგიური, სოციალური და ეთიკური ასპექტების გათვალისწინებით მივა დასკვნამდე, რომ ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II მუხლში დასახელებული წინაპირობები სრულდება. ის გადაწყვეტილებას იღებს ხმის უფლების მქონე პირთა ორი მესამედის უმრავლესობით.

2020 წლის 5 ნოემბრის ფედერალური ადმინისტრაციული სასამართლოს გადაწყვეტილება ძალიან მოცულობითია და ასევე შეიცავს საკონსტიტუციო საკითხის სიღრმისეულ განმარტებებს. არსებული შეჯამება შემოიფარგლება რამდენიმე ძირითადი საკითხით არსებითი სამართლებრივი მდგომარეობის შესახებ, ანუ ის არ ფარავს კონსტიტუციურ პრობლემებს ან სასამართლო შემოწმების ინტენსივობის ასპექტებს (შდრ. სახელმძღვანელო წინადადება 1).

3. ფედერალური ადმინისტრაციული სასამართლო განმარტავს, რომ მემკვიდრეობითი დაავადებების კონცეფცია ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის მე-2 აბზაცის მნიშვნელობით მიმართულია გენეტიკური დიაგნოს-

ტიკის ზოგადად აღიარებული მდგომარეობის-კენ, კერძოდ, მოიცავს მონოგენურ დაავადებებს.<sup>52</sup> ქვედა ინსტანციის სასამართლოს მიერ მიღებული პოზიციის საწინააღმდეგოდ, ის არ შეიძლება ჩაითვალოს სქესის შერჩევად, რომელიც აკრძალულია ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლით. დიუშენის ტიპის კუნთოვანი დისტროფიის კლასიფიკაციიდან, როგორც სქესთან შეჭიდული სერიოზული მემკვიდრეობითი დაავადებიდან, არ გამომდინარეობს ასევე ის, რომ დიუშენის ტიპის კუნთოვანი დისტროფიის სიმძიმე მემკვიდრეობითი დაავადების სიმძიმის შეფასების მასშტაბს წარმოადგენს ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II 1 მუხლის მნიშვნელობით:

ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის თანახმად, ის პირი, ვინც იღებს ადამიანის კვერცხის უჯრედის ხელოვნურად განაყოფიერების ვალდებულებას სპერმის უჯრედით, რომელიც შეირჩა მასში შემავალი სქესის ქრომოსომის მიხედვით, ისჯება ერთი წლით თავისუფლების აღკვეთით ან ჯარიმით (1-ლი წინადადება). თუმცა, ეს არ ვრცელდება იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მიერ სპერმის უჯრედის შერჩევა ემსახურება ბავშვის დაცვას დიუშენის ტიპის კუნთოვანი დისტროფიისგან ან ანალოგიურად სერიოზული სქესთან შეჭიდული მემკვიდრეობითი დაავადებისგან, როდესაც ბავშვისთვის სარისკო დაავადება მიწის კანონის მიხედვით უფლებამოსილი ორგანოს მიერ აღიარებულია, როგორც შესაბამისად მძიმე (მე-2 წინადადება). ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლში მოხსენიებული ტერმინი "მძიმე" ეხება მხოლოდ სქესთან შეჭიდულ გენეტიკურ დაავადებებს. ამის საპირისპიროდ, ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II 1 მუხლი მოიცავს ყველა მემკვიდრეობით დაავადებას.

4. ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის მე-2 აბზაცში კონკრეტულად დასახელებული დაავადების, როგორც მემკვიდრეობითი დაავადების სიმძიმის ხარისხის განსაზღვ-

რის შეფასების მასშტაბის, ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II 1 მუხლის გადატანის წინააღმდეგ მეტყველებს ამ ორი დებულების განსხვავებული მარეგულირებელი მიზანი. ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლი არეგულირებს სქესის მიხედვით ხელოვნური განაყოფიერების სპერმის უჯრედის არჩევის აკრძალვას. მომავალი ბავშვის სქესის მიზანმიმართული განსაზღვრა პრინციპულად დაუშვებელია. ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3a მუხლს აქვს განსხვავებული დაცვისა და მოწესრიგების მიზანი. იგი ემსახურება პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის სამედიცინო პროცედურის შეზღუდული გამოყენების სამართლებრივი საფუძვლის შექმნის მიზანს. გამონაკლის შემთხვევებში უნდა დაიშვას ემბრიონის ინვიტრო უჯრედების გენეტიკური გამოკვლევა, რათა გამოვლინდეს განსაკუთრებით მძიმე მემკვიდრეობითი დაავადებები და ქრომოსომული ანომალიები და, საჭიროების შემთხვევაში, ემბრიონის იმპლანტაციის გარეშე, ბავშვისთვის დაავადების შემდგომი გადაცემის თავიდან ასაცილებლად.<sup>53</sup>

პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის ფუნდამენტური აკრძალვა მიზნად ისახავს ემბრიონების დაცვას ინვიტრო მეთოდის ბოროტად გამოყენებისგან და მოითხოვს სამედიცინო და ეთიკური პრობლემების გათვალისწინებას დიაგნოსტიკის გამოყენებასთან დაკავშირებით. მეორე მხრივ, პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის შეზღუდული დაშვებით ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II 1 მუხლი მიზნად ისახავს ქალების, ისევე, როგორც, წყვილების დაცვას, რომელთაც სურთ შვილები დაცულები იყვნენ მძიმე ფიზიკური და გონებრივი პრობლემებისგან, რაც შეიძლება წარმოიშვას, რადგან ერთი ან ორივე მშობლის შემთხვევაში გენეტიკური დისპოზიცია მძიმე დაავადებებზე მიუთითებს და არსებობს მაღალი რისკი, რომ

<sup>52</sup> შდრ. დასაბუთება პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის რეგულირების შესახებ კანონის პროექტში, BT Drs. 17/5451 გვ. 8.

<sup>53</sup> შდრ. დასაბუთება პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის რეგულირების შესახებ კანონის პროექტში, BT Drs. 17/5451 გვ. 2 და შემდეგები.

ეს დაავადება მათ შვილს გადაეცემა.<sup>54</sup>

5. მძიმე მემკვიდრეობითი დაავადების მაღალი რისკის პირობების არსებობა უნდა გადაწყდეს ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3a III 1 №2 მუხლის, II 1 წინადადებასთან ერთობლივად თითოეულ ინდივიდუალურ შემთხვევაში. ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3a II 1 მუხლით დარეგულირებული რეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის ფუნდამენტური აკრძალვის მეორე გამონაკლისთან ერთად ერთობლიობაში აჩვენებს, რომ ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3a II 1 მუხლი არ არის მხოლოდ იმ დაავადებებით შემოფარგლული, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს სიკვდილი ან ორსულობის შეწყვეტა.

მემკვიდრეობითი დაავადების სიმძიმის შეფასებისას გადამწყვეტია, პირველ რიგში, კონკრეტულ ინდივიდუალურ შემთხვევაში, ერთი ან ორივე მშობლის გენეტიკური დისპოზიციის მიხედვით, ყველა იმ მოსალოდნელი დაავადების გამოხატულება, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს შთამომავლობაში. ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II 1 მუხლის სიტყვასიტყვით მნიშვნელობიდან გამომდინარე, ბავშვის შესაძლო მემკვიდრეობითი დაავადება არის გადამწყვეტი კრიტერიუმი სიმძიმის ხარისხის შეფასებისთვის. საჭიროა სამედიცინო მითითება, საიდანაც გამომდინარეობს, რომ დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს ჯანმრთელობის სერიოზული დარღვევები შთამომავლობაში. მოსალოდნელი დაავადების მანიფესტაციის სიმძიმის შეფასების საფუძველია დაავადებასთან დაკავშირებული ყველა ფაქტორი, როგორებიცაა კლინიკური სურათის კონკრეტული ტიპი და სიმძიმე, დაავადების სიმპტომების გამოვლინების დრო (ბავშვობა/მოზარდობა/ზრდასრულობა), დაავადების მიმდინარეობა, დაავადების მკურნალობა და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა.

6. თუ საეჭვო რჩება, არის თუ არა მემკვიდრეობითი დაავადება საკმარისად მძიმე პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის შესახებ გა-

ნცხადების გასამართლებლად, დამატებით გათვალისწინებული უნდა იყოს გენეტიკურ დისპოზიციასთან დაკავშირებული სხვა ფაქტორები.

როგორც ნაჩვენებია, პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის შეზღუდული ავტორიზაციის ერთ-ერთი მარეგულირებელი მიზანია მძიმე სტრესის თავიდან აცილება, უპირველესად დაინტერესებული ქალებისთვის, ასევე მთლიანად წყვილებისთვის ან ოჯახებისთვის. პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის კანონის მიმღები კანონმდებელი ითვალისწინებდა ყველა კონფლიქტურ მდგომარეობას წყვილებისა, რომლებსაც აქვთ გენეტიკური დისპოზიციით მძიმე მემკვიდრეობითი დაავადების მიმართ მიდრეკილება, რომელთაც უკვე ჰყავთ მძიმედ დაავადებული ან შესაძლოა უკვე გარდაცვლილი შვილი, ან როდესაც ქალმა უკვე გაიკეთა აბორტი პრენატალური დიაგნოსტიკისა და სამედიცინო კონსულტაციის შემდეგ სისხლის სამართლის კოდექსის 218a მუხლის მეორე აბზაცის მიხედვით.<sup>55</sup> ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ეს ფაქტორები უნდა გათვალისწინებული იყოს ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის მე-2 აბზაცის პირველ წინადადებაში მოხსენიებული კრიტერიუმის „მძიმე-ს“, შემოწმებისას. იგივე ეხება წყვილის მსგავს მძიმე ტვირთს, რომლებიც დაკავშირებულია გენეტიკურ დისპოზიციასთან, მაგალითად, ის ფაქტი, რომ ერთი მშობელი თავად ავად არის.

7. ქვედა ინსტანციის სასამართლომ სწორად ივარაუდა, რომ ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II 1 მუხლით მოთხოვნილი „მაღალი რისკი“, მონოგენური მემკვიდრეობითი დაავადების შემთხვევაში შეიძლება დადასტურდეს, თუ შთამომავლობასთან მიმართებით დაავადების ალბათობა 25-დან 50 პროცენტამდეა (და მეტი). ამ განმარტებას მხარს უჭერს (როგორც დეტალურად არის განმარტებული) საკანონმდებლო დათქმები.

თუმცა, 25 პროცენტიანი დადგომის ალბათობის მოთხოვნა არ უნდა იქნას გაგებული, რო-

<sup>54</sup> BT-Drs. 17/5451 S. 2, 7.

<sup>55</sup> შდრ. დასაბუთება პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის რეგულირების შესახებ კანონის პროექტში, BT Drs. 17/5451 გვ. 2, 7.

გორც ხისტი ქვედა ზღვარი. გარკვეულ გენეტიკურ კონსტელაციებში, როგორცაა დაბალანსებული ტრანსლოკაციები, ბავშვის დაავადების ალბათობა რთულია პროცენტულად გამოითვალოს. როგორც განმარტებითი ბარათიდან ხდება ნათელი, საჭიროებისას, სერიოზული მემკვიდრეობითი დაავადების რისკის შემთხვევაში, რომლის პროცენტული მონაცემი 25 % ზე დაბალია, მაინც შეიძლება შესრულდეს ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 II 1 მუხლის მოთხოვნები. ასეთ შემთხვევაში, რისკი „მაღალია“, თუ ის მოსახლეობის ჩვეულებრივი რისკიდან მნიშვნელოვნად არის გადახრილი.

8. შესაბამისად, მოსარჩელეს ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 III 1 №2 მუხლისა და პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოზის კანონის 6 IV 1 მუხლის საფუძველზე, უფლება აქვს მოითხოვოს, რომ ეთიკის კომიტეტმა მის განცხადებაზე პრეიმპლანტაციის გენეტიკურ დიაგნოზთან დაკავშირებით დადებითად უპასუხოს. სააპელაციო სასამართლოს დასკვნების თანახმად, მოსარჩელის პარტნიორის გენეტიკური დისპოზიციის მიხედვით არსებობს 50 პროცენტის ალბათობა და, შესაბამისად, მაღალი რისკი იმისა, რომ მის შთამომავლობას გადაეცემა მიოტონური დისტროფიის პირველი ტიპის კლასიკური ფორმა. მოცემული შემთხვევის გარემოებების გათვალისწინებით, დაავადება ასევე აკმაყოფილებს მის კლასიფიკაციას, როგორც მძიმე. ეს არის მრავალსისტემური დაავადება, რომელმაც, ჩონჩხის კუნთების გარდა, ასევე შეიძლება გავლენა იქონიოს გლუვ კუნთებზე, თვალეებზე, გულზე, ჰორმონალურ ბალანსზე და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე (დეტალურად აიხსნება ქვემოთ). დაავადება პროგრესულად ვითარდება და იწვევს ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან შეზღუდვებს და აზიანებს დაავადებულთა ცხოვრების წესს. მათ ასევე აქვთ სიცოცხლის დაბალი ხანგრძლივობა.

შეიძლება თუ არა ასეთი მოსალოდნელი დაავადების საფუძველზე, მოსარჩელის პარტნიორის შთამომავლებში სერიოზული მემკვიდრეობითი დაავადების გამოვლენა ვივარაუდოთ, არ

საჭიროებს საბოლოო გადაწყვეტას. წინაპირობები ნებისმიერ შემთხვევაში შესრულდა, რადგან მოსარჩელის პარტნიორი უკვე ავლენს დაავადების აშკარა სიმპტომებს.

9. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ ფედერალურმა ადმინისტრაციულმა სასამართლომ 2020 წლის 2 დეკემბრის გადაწყვეტილებაში<sup>56</sup> ინვიტროთი ჩასახული ემბრიონის მურალური ტროფექტოდერმების უჯრედებით გამოკვლევა ქრომოსომების არასწორ განაწილებაზე (Chromosomen-Screening) დააკვალიფიცირა როგორც პრეიმპლანტაციის გენეტიკური დიაგნოსტიკა ემბრიონის დაცვის შესახებ კანონის 3 III 1 მუხლის გაგებით.

**IV. სასამართლოს სხვა გადაწყვეტილებები:**

დაბოლოს, უნდა განვიხილოთ სხვა სასამართლოების ზოგიერთი გადაწყვეტილება.

**1. OLG Koblenz, Urteil vom 17. März 2021 - 5 U 1651/19 - juris**

სახელმძღვანელო წინადადება:  
 1. სამედიცინო მანიპულაციის ხასიათისა და მასშტაბის შესახებ სათანადო ინფორმაციის მისაღებად საკმარისი არ არის ინფორმაციის მიწოდება მხოლოდ ოპერაციის რეალური მიზნის შესახებ (აქ: თირკმელზედა ჯირკვლისა და ლიმფური კვანძების მეტასტაზების ამოკვეთა), თუ ერთ-ერთი ძირითადი არტერიის ამოკვეთა და ლიგაცია არა მხოლოდ უმნიშვნელო შუალედური ნაბიჯია, არამედ ოპერაციის სავარაუდო მიმართულება.

2. მაშინაც კი, როდესაც მანიპულაციის რისკი ძალიან მინიმალურია, აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება ამის შესახებ, თუ რისკს - პაციენტის სიცოცხლის უკვე ისედაც შეზღუდული ხანგრძლივობის გათვალისწინებით - შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელობა პაციენტის გადაწყვეტილებაზე, დათანხმდეს თუ უარი თქვას მანიპულაციაზე.

3. ტკივილისა და ტანჯვის კომპენსაციის გაა-

<sup>56</sup> 3 C 6/19 - BVerwGE 170, 391.

ნგარიშებისას ის ფაქტი, რომ პაციენტის სიცოცხლის ხარისხი სიცოცხლის დარჩენილი პერიოდის განმავლობაში ოპერაციის შედეგების გამო მნიშვნელოვნად მცირდება, თუნდაც ბოლომდე არ ქრებოდეს, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.

ფაქტები (მნიშვნელოვნად შემოკლებული):

პაციენტს 2011 წლიდან მძიმე სიმსივნური დაავადებები ჰქონდა. 2011 წელს ჩატარდა სხდომა სიმსივნის მკურნალობის მომავალი ვარიანტების განსახილველად. შედეგად, რეკომენდებული იქნა ახალი ოპერაცია თირკმელზედა ჯირკვლის მეტასტაზის მოსაშორებლად. სხვადასხვა კონსულტაციისა და ახსნა-განმარტებების შემდეგ პაციენტმა ხელი მოაწერა საინფორმაციო ფურცელს „თირკმელზედა ჯირკვლის ქირურგიულ ჩარევასთან დაკავშირებით“. მასში ხელნაწერით მითითებული იყო დიაგნოზი „თირკმელზედა ჯირკვლის მეტასტაზების ჯაჭვები“ და მანიპულაციის აღწერისას „პარა-ორტული ლიმფური კვანძების ამოკვეთა“. ამ საინფორმაციო ფურცელზე რისკების ქვეშ წინასწარ დაბეჭდილი იყო:

„(...) თირკმელზედა ჯირკვლები წარმოადგენენ სისხლით კარგად უზრუნველყოფილ ორგანოებს, რომლებიც მდებარეობენ დიდი სისხლძარღვების მახლობლად; ოპერაციის დროს ან მის შემდეგ ძლიერი სისხლდენის მქონე სისხლძარღვების დაზიანება იშვიათი არ არის (...).“

შემდგომი რისკები დამატებული იყო პირველი მოპასუხის მიერ. თუმცა ცალკე არ იყო განმარტებული, რომ ოპერაციის დროს შეიძლება საჭირო გამხდარიყო ქვედა მეზენტერიული (მუცლის ერთ-ერთი დიდი არტერია) არტერიის ლიგატაცია (გადაკვანდა). 31.03.2016-ში ჩატარებული მანიპულაციის შესახებ ოპერაციის ანგარიშის თანახმად, საოპერაციო ადგილის გახსნის შემდეგ მჭიდროდ მიხორცებული და ჩანაწიბურებული ქსოვილი აღმოაჩინეს. მას შემდეგ, რაც ქვედა მეზენტერიული არტერია ოპერაციის ანგარიშის მიხედვით „ამოაშენეს“;

მოპასუხებმა ეს არტერია აორტაზე გაწყვიტეს და გადაკვანდეს. თირკმელზედა ჯირკვლის მეტასტაზები, ისევე, როგორც ლიმფური კვანძები, ამოკვეთეს.

ოპერაციის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა გაუარესდა. სადავო იყო, 31.03.2016-ის ოპერაციის შედეგმა რა მოცულობით იქონია გავლენა ჭრილობის მკურნალობის პრობლემებზე და რა გავლენა მოახდინა სიმსივნურ დაავადებაზე. ოპერაციის შემდეგ დაახლოებით ხუთი თვის შემდეგ, 31.03.2016-ში, პაციენტი გარდაიცვალა.

სამართლებრივი საკითხები:

გადაწყვეტილება ყურადღებას ამახვილებს განმარტების ვალდებულებაზე, კერძოდ, ოპერაციის მიმდინარეობისას საჭიროდ გამხდარი არტერიის ლიგატურობის ან გაწყვეტის შესახებ, და პაციენტისთვის მორალური ზიანის კომპენსაციის განსაზღვრის საკითხზე, რომელიც ოპერაციიდან დაახლოებით ხუთი თვის შემდეგ გარდაიცვალა და რომელსაც რისკებიც შესახებ სათანადოდ არ აცნობეს.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. შესავლის სახით გადაწყვეტილება ეხება საკითხს, აგებენ თუ არა სოლიდარულად პასუხს მკურნალი ექიმები მკურნალობის- და ინფორმაციის მიწოდების ნაკლებობის გამო. ამასთან დაკავშირებით, წინასწარ უნდა აღინიშნოს, რომ ორივე მკურნალი ექიმი ე.წ. კერძო ექიმები (Belegärzte) იყვნენ. გერმანულ სამართალში, კერძო ექიმები (Belegärzte) არ არიან კლინიკის მიერ დასაქმებული ექიმები, მათ უფლება აქვთ „თავიანთ“ პაციენტებს (ე.წ. Belegpatienten) საავადმყოფოში უმკურნალონ ამ მიზნით გათვალისწინებული მომსახურების, მოწყობილობებისა და საშუალებების გამოყენებით სრულ ან ნახევარ სტაციონარზე.<sup>57</sup> თუ იმავე სფეროს კერძო ექიმებმა ერთობლივად ჩატარებული მკურნალობა დააორგანიზეს შრომის დაყოფის საფუძველზე, უმაღლესი რეგიო-

<sup>57</sup> შდრ. დეტალურად §§ 38 ff. Des Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) - <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf>).



ნალური სასამართლოს აზრით, ისინი ერთობლივად აგებენ პასუხს, როგორც სოლიდარული მოვალეები მსგავსად ექიმებისა, რომლებსაც ერთობლივი კაბინეტი აქვთ.<sup>58</sup> აღნიშნული სოლიდარული პასუხისმგებლობისთვის, კითხვაზე, თუ რა ტიპის უმოქმედობა და სამედიცინო გადაცდომა ჩაიდინა თითოეულმა მკურნალმა ექიმმა უმნიშვნელოა. ესენი მათ ურთიერთშეერაცხებათ.

2. უმაღლესი სამხარეო სასამართლო სამედიცინო შეცდომის არსებობის შესახებ განმარტებებთან დაკავშირებით მიუთითებს (აქ არ არის სიტყვასიტყვით გადმოტანილი), რომ არ მომხდარა სათანადო განმარტების მიცემა გსკ-ის 630e I მუხლის მნიშვნელობით. საჭიროა, ოპერაციის მიზნის მითითების გარდა, დაზუსტებულიყო, მუდმივად უკავშირდებოდა თუ არა ოპერაცია სხეულის ნაწილის ან ორგანოს დაზიანებას და მომავალი ცხოვრების წესთან დაკავშირებული როგორი ტვირთი შეიძლება მოჰყოლოდა შედეგად. მტკიცებულებების მიღების შედეგად, ქვედა მებენტერიალური არტერიის გადაკვანძვა საკმაოდ მოსალოდნელ გარემოებად მიიჩნევა არსებული მანიპულაციისას.

ამრიგად, საჭირო ინფორმაცია, რომ ოპერაციას შეეძლო გამოეწვია სისხლძარღვების დაზიანება და, შესაბამისად, უფრო დიდი სისხლდენა, არ იყო მოწოდებული. ვინაიდან, ფუნდამენტურად განსხვავებულია, როდესაც ოპერაციის დროს, გართულების გამო, უნებლიედ სისხლძარღვების დაზიანება ხდება და როდესაც შეგნებულად ხდება არტერიის გაწყვეტა და გადაკვანძვა. ასეთი განმარტება უნდა შეიცავდეს ინფორმაციას, რომ ლიგაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის იშემია (სისხლის ნაკადის ნაკლებობა) და ნაწლავის ქსოვილის სიკვდილი.

მიუხედავად იმისა, რომ ეს რისკი სტატისტიკურად ძალიან დაბალ დიაპაზონშია, პაციენტში აღნიშნული გარემოება სხვა რისკ-ფაქტორებმა გაზარდა. საკითხი, იყო თუ არა კონკრეტული რისკი საბოლოოდ ძალიან დაბალ დიაპაზონში, შეიძლება ღიად დარჩეს. ინფორმაციის მიწოდების საჭიროებისთვის გადაწყვეტი ფაქტორი არ არის მისი იშვიათობის მიუხედავად, კონკრეტულ თერაპიასთან დაკავშირებული რისკის გართულებების პროცენტული მოლოდინი, არამედ არსებითია, რა მნიშვნელობა გააჩნია აღნიშნულს პაციენტისთვის გადაწყვეტილების მიღებისას.<sup>59</sup>

მართალია, ექსპერტის დასკვნის თანახმად, პაციენტის მკურნალობის ერთადერთი ალტერნატივა იყო ოპერაციისგან და, შესაბამისად, კიბოს მძიმე ფორმის დაავადების უკანასკნელი თერაპიული მიდგომისგან თავის შეკავება. თუმცა, უკვე შეზღუდული სიცოცხლის ხანგრძლივობის გათვალისწინებით, საშუალო სტატისტიკურ პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელოვანი პირადი მიზეზები, უარი თქვას მკურნალობაზე მასთან დაკავშირებული მძიმე შედეგების გამო და თავის ბედს მიენდოს.<sup>60</sup>

მოგვიანებით, უმაღლესი სამხარეო სასამართლო განიხილავს, დასთანხმდებოდა თუ არა პაციენტი მანიპულაციას, თუ ის სათანადოდ იქნებოდა ინფორმირებული.<sup>61</sup> ვინაიდან, მოცემულ შემთხვევაში, პაციენტის პირადად დაკითხვა შეუძლებელი იყო, სასამართლომ თავად უნდა განსაზღვროს, ინდივიდუალური საქმის გარემოებების ყოვლისმომცველი შეფასების საფუძველზე, იქნებოდა თუ არა პაციენტი, გასაგები მიზეზებიდან გამომდინარე, გადაწყვეტილების მიღებისას სერიოზულ კონფლიქტში.<sup>62</sup>

<sup>58</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 8. November 2005 - VI ZR 319/04 - BGHZ 165, 36 ერთობლივი კაბინეტი ე.წ. კერძო ექიმების გაერთიანების სახით, ე.ი. ამხანაგობა, რომლისთვისაც რამდენიმე თვითდასაქმებული [დამოუკიდებელი] ექიმი ერთიანდება, რათა ერთობლივად, როგორც კერძო ექიმებმა (Belegärzte), კლინიკაში იმუშაონ.

<sup>59</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 07. Februar 1984 - VI ZR 174/82 - BGHZ 90, 103.

<sup>60</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 07. Februar 1984 - VI ZR 174/82 - BGHZ 90, 103.

<sup>61</sup> შდრ. დეტალურად: BGH, Beschluss vom 21. Juni 2022 (VI ZR 310/21 - NJW 2022, 2682, განხილული *Hagenloch*, იბ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, II. 4., Rn. 3. f.

<sup>62</sup> ასევე: BGH, Urteil vom 17. April 2007 - VI ZR 108/06 - NJW 2007, 2771.

3. საბოლოოდ, უმაღლესმა სამხარეო სასამართლომ განიხილა, თუ როგორ უნდა გამოითვალოს ტკივილისა და ტანჯვის კომპენსაცია მოცემულ სიტუაციაში. ექსპერტის განცხადებების საფუძველზე, ვარაუდობდნენ, რომ პაციენტის მდგომარეობა 06.08.2016 წლამდე გამოწვეული იყო 31.03.2016 წელს ჩატარებული მანიპულაციით. მაგრამ ამის შემდეგ, ჩვილები გამოწვეული იყო მისი ძირითადი ანუ მძიმე სიმსივნური დაავადებით. ამის საფუძველზე, უმაღლესი სამხარეო სასამართლო ასკვნის შემდეგ:

*„მოპასუხის მიერ 31.03.2016 წელს უკანონოდ ჩატარებული ოპერაცია და პაციენტის სიცოცხლის უფლების დარღვევისთვის პასუხისმგებლობა, რომლებსაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებათ ტკივილისა და ტანჯვის კომპენსაციის შეფასებისთვის, არ იყო ხანგრძლივად გავრძელებადი ზიანი, მაგრამ სერიოზულმა, გართულებულმა ოპერაციებმა ცალსახად ზეგავლენა იქონია საავადმყოფოში ხანგრძლივად ყოფნისა და სამკურნალო პროცესის გათვალისწინებით პაციენტის დარჩენილ შეზღუდულ ცხოვრებაზე. ოპერაციის გარეშე, პაციენტს სიცოცხლის მნიშვნელოვნად უკეთესი ხარისხი ექნებოდა 31.03.2016 წლისთვის, როდესაც ის, ექსპერტის დასკვნების მიხედვით, ჯერ კიდევ სიმპტომების გარეშე იყო საავადმყოფოდან პირველი გამოსვლის დროს. ზუსტად მისი კიბოს დაავადების გათვალისწინებით პაციენტს ოპერაციის დროისთვის ხანმოკლე სიცოცხლის ხანგრძლივობა, კერძოდ, დაახლოებით ნახევარი წელი ჰქონდა დარჩენილი, ის ფაქტი, რომ დარჩენილი სიცოცხლის განმავლობაში მისი ცხოვრების ხარისხი მნიშვნელოვნად შემცირდა, თუ საერთოდ არ გაქრა ოპერაციის შედეგების გამო, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ოპერაციიდან გარდაცვალებამდე პაციენტმა საავადმყოფოს გარეთ მხოლოდ 3 კვირა გაატარა. არჩევანი, მისი ძირითადი დაავადების ფონზე თავისი ალტერნატივები თავადვე დაელაგებინა, ადამიანებს დამშვიდობებოდა და ბოლო სურვილები შეესრულებინა, გაუფასურდა და ტკი-*

*ვილითა და ტანჯვით შეეშალა ხელი. ამიტომ სენატი მიიჩნევს, რომ მორალური ტანჯვის კომპენსაცია 60 000 ევროს ოდენობით შესაბამისი და ასევე საკმარისია.“*

## 2. Thüringer Oberlandesgericht, Urteil vom 23. November 2021 - 7 U 62/21 - juris

სახელმძღვანელო წინადადება:

1. დიაგნოზში შეცდომა წინაპირობად აყენებს, რომ ექიმმა სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო დოკუმენტები საერთოდ არ შეაგროვა, იმისთვის რომ დაავადების სიმპტომების კლასიფიკაციისა და შეფასებისთვის საკმარისი საფუძველი შეექმნა.

2. თუ ობიექტურად არასწორი დიაგნოზი განპირობებულია იმით, რომ ექიმმა საერთოდ არ ჩაატარა სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო გამოკვლევები და, შესაბამისად, ნაადრევად დასვა დიაგნოზი, მისი შემდგომი გარკვევის გარეშე, მაშინ დარღვევის თვალსაზრისით არსებობს დასკვნების შეგროვებაში შეცდომა (Befunderhebungsfehler).

3. იშვიათი და არასპეციფიკური კლინიკური სურათის (აქ: პერთეზის სინდრომი) შეფასებისათვის MRT-ის (მაგნიტური რეზონანსული ტომოგრაფიის) დასკვნის არ ქონა არ წარმოადგენს დასკვნების შეგროვებაში შეცდომას (Befunderhebungsfehler), თუ MRT-ის დიაგნოსტიკა, სხვა ჩატარებული გამოსახულებითი დიაგნოსტიკის გარდა, არ იყო საჭირო გაიდლაინების, ისევე, როგორც მიმდინარე გაიდლაინების, შესაბამისად.

სამართლებრივი საკითხები:

დიაგნოზში შეცდომისა და დასკვნების შეგროვებაში შეცდომის (Befunderhebungsfehler) უკვე განხილული გამიჯვნის გარდა<sup>63</sup>, გადამწყვეტილება ყურადღებას ამახვილებს, თუ რომელი წინაპირობების არსებობისას გვაქვს შეცდომა დიაგნოზში, როდესაც იშვიათი და არა სპეციფიკური კლინიკური სურათით დიაგნოზის დადგე-

<sup>63</sup> იხ. მაგალითად, OLG Dresden, Urteil vom 29. März 2022 - 4 U 980/21 - juris, განხილულია: *Hagenloch*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, III. 3. Rn. 2-4.

ნა ვერ ხდება. სამედიცინო თვალსაზრისით, ძალიან ფართოდ არგუმენტირებული გადაწყვეტილება აქ ძალიან მოკლედ იქნება წარმოდგენილი.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. პირველ რიგში, უმაღლესი სამხარეო სასამართლო ეხება გამიჯვნას დიაგნოზირებისას შეცდომასა და დასკვნების ჩატარებაში შეცდომას (Befunderhebungsfehler) შორის და სხვა გარემოებებთან ერთად მიუთითებს შემდეგს:

„უზენაესი ფედერალური სასამართლოს მიხედვით<sup>64</sup>, შეცდომა დასკვნების შეგროვებაში, (Befunderhebungsfehler) დიაგნოზში შეცდომისგან განსხვავებით, არსებობს მაშინ, როდესაც სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო დასკვნების შეგროვება არ მომხდარა, ე.ი. თუ ექიმი არ აგროვებს დასკვნებს, რომლებიც საჭიროა დიაგნოზის დასმისთვის ან გადამოწმებისთვის, კონტროლისთვის ან პირველადი დიაგნოზის შემდგომი დაზუსტებისთვის და შედეგად არასწორი დიაგნოზი რჩება. ამის საპირისპიროდ, არსებობს შეცდომა დიაგნოზში, თუ ექიმი არასწორ ინტერპრეტაციას უკეთებს მიღებულ ან სხვაგვარად არსებულ დასკვნებს და, შესაბამისად, არ იღებს თერაპიულ ან დიაგნოსტიკურ ზომებს, რაც საჭიროა მისი პროფესიული საქმიანობის სფეროს გადმოსახედიდან. მოკლედ რომ ითქვას: შეცდომა დიაგნოზში გულისხმობს, რომ ექიმმა შეაგროვა სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო დასკვნები, რათა შექმნას საკმარისი საფუძველი დაავადების სიმპტომების კლასიფიკაციისა და შეფასებისთვის. თუმცა, თუ ობიექტურად არასწორი დიაგნოზი განპირობებულია იმით, რომ ექიმმა სამედიცინო თვალსაზრისით საჭირო გამოკვლევები არ ჩატარა და, შესაბამისად, ნაადრევად დაუსვა დიაგნოზი, შემდგომი გარკვევის გარეშე, მაშინ ბრალეულობის საკითხის მიხედვით არის შეცდომა დასკვნების შეგროვებაში (Befunderhebungsfehler). თუ

მკურნალი ექიმი ობიექტურად არასწორ დიაგნოზს სვამს და ეს ემყარება იმ ფაქტს, რომ მან ვერ შეაგროვა აუცილებელი დასკვნები ან დიაგნოზის დადგენამდე, ან დიაგნოზისთვის აუცილებელი გადამოწმებისთვის, მკურნალი ექიმი შეიძლება იყოს პასუხისმგებელი ობიექტურად არასწორი დიაგნოზისთვის, რეალური დაავადების არასწორი მკურნალობისა და მისი შედეგებისთვის, რომელიც გამოწვეულია საჭირო დასკვნების შეუგროვებლობით.<sup>65</sup>

ექიმის ქცევა უნდა შეფასდეს შესაბამისი დარგის სამედიცინო სტანდარტების მიხედვით. ეს გვაწვდის ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რა ქცევა შეიძლება იყოს მოსალოდნელი კეთილსინდისიერი და ყურადღებიანი ექიმისგან სპეციფიკურ სამკურნალო სიტუაციაში მისი პროფესიული დარგის გადმოსახედიდან მკურნალობის დროს. იგი ფლობს მეცნიერული ცოდნასა და სამედიცინო გამოცდილებას, რომელიც საჭიროა სამედიცინო მკურნალობის მიზნის მისაღწევად და გამოცდილებით დადასტურებულია.<sup>66</sup>

2. შემდეგ უმაღლესმა სამხარეო სასამართლომ დეტალურად განმარტა, ექსპერტის განცხადებებზე დაყრდნობით, რომ პერტების სინდრომი, რომელიც 6 წლის მოსარჩელეს აღმოაჩინდა, ადრეულ სტადიაზე რთული სადიაგნოსტიკო იყო. სიმპტომები ემთხვეოდა ბევრ დაავადებას, მათ შორის ბარდაყის სახსრის ანთებას (coxitis fugax), რასაც თავდაპირველად მოპასუხე საავადმყოფოს ექიმები ვარაუდობდნენ. რეკონსტრუქციული დაავადების დაწყება ძალიან მსგავსია და შეესაბამება ასევე პერტების სინდრომის გვერდით მოვლენებს, როგორც ორთოპედიულ დაავადებას. მოკლედ და არსებითად: დასაწყისში, პერტების სინდრომი ძალიან არასპეციფიკურია როგორც სიმპტომებით, ასევე ვიზუალური დიაგნოსტიკითაც. თუმცა, თუ რეკონსტრუქციული დაავადებასა და პერტების სინდრომის ერთმანეთისგან საიმედოდ გარჩევა შეუძლებელია.

<sup>64</sup> BGH, Urteil vom 26. Januar 2016 - VI ZR 146/14 - MedR 2016, 976; BGH, Urteil vom 02. Juli 2013 - VI ZR 554/12 - MedR 2014, 26.

<sup>65</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 13. Januar 1998 - VI ZR 242/96 - BGHZ 138, 1.

<sup>66</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 15. April 2014 - VI ZR 382/12 - NJW-RR 2014, 1053.

ლია, მკურნალმა ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს დავადების რომელი მიზეზი მიაჩნია უფრო სავარაუდოდ და პირველად რომელს უნდა უმკურნალოს. თუ ეს თერაპია საბოლოოდ არ იმუშავებს, მიიღწევა ის წერტილი, როდესაც ექიმს მოუწევს ხელახლა იფიქროს და განიხილოს სხვა დიაგნოზი.<sup>67</sup>

უმაღლესმა სამხარეო სასამართლომ ასევე უარყო შეცდომის არსებობა დასკვნების შეგროვებაში (Befunderhebungsfehler). ძვლის ტკივილის მქონე ბავშვისთვის დიაგნოზის ადრეულ ეტაპებზე არ ჩატარებულა MRT კონტრასტის საშუალებებით. აქ (იგულისხმება: MRT-ის საშუალებით ცოდნის შესაძლო მიღება) ექიმმა უნდა შეაფასოს ის ფაქტი, რომ კონტრასტით გამოკვლევას შეიძლება ჰქონდეს სერიოზული გვერდითი მოვლენები ღვიძლზე ან ტვინზეც კი, განსაკუთრებით ბავშვებში. ამ რისკის გამო ადრეული MRT-ს ჩატარება ბავშვებში არ იქნა შეტანილი გერმანიის ორთოპედიისა და ორთოპედიული ქირურგიის საზოგადოებისა და ორთოპედ ექიმთა პროფესიული ასოციაციის „პერტეზის სინდრომის“ გაიდლაინში. მაშასადამე, არ არსებობს მოპასუხეების შეცდომა დასკვნების შეგროვებაში (Befunderhebungsfehler) იმის გამო, რომ მკურნალობის საწყის ეტაპებზე მათ რენტგენის გამოსახულების და ულტრაბგერითი გამოკვლევის შედეგად მიღებული ცოდნის საფუძველზე დაიწყეს მოსარჩელის მკურნალობა.

### 3. OLG Bremen, Urteil vom 25. November 2021 - 5 U 63/20 - MedR 2022, 493

სახელმძღვანელო წინადადება:

1. ვინაიდან, გსკ-ის 630e II 1 Nr. 2 მუხლის მიხედვით, ოპერაციის რისკები დროულად უნდა იყოს ახსნილი, რათა პაციენტმა თანხმობის გაცემის შესახებ გადაწყვეტილება მიიღოს საკითხის კარგად გააზრების შემდეგ, თანხმობა, რომელიც ინფორმაციის ფორმაზე ხელმოწერითაა გაცემული კონსულტაციის დასასრულის

შემდეგ, ზოგადად, ბათილია, რადგან ეს დრო არ აძლევს პაციენტს საშუალებას, საკონსულტაციო საკითხების შინაარსი ისე დაამუშაოს, რომ გადაწყვეტილება მიიღოს საკითხის კარგად გააზრების შედეგად.

2. პაციენტის კონკლუდენტური თანხმობის ვარაუდი საავადმყოფოში მოგვიანებით მისი სტაციონარული მიღების გზით მუდმივად წარუმატებელია, რადგან, ერთი მხრივ, პაციენტს არ აქვს ნების გამოვლენისთვის საჭირო შეცნობადობა და, მეორე მხრივ, საავადმყოფო პაციენტის ქცევით ვერ შეაფასებს მის ნებას, მანამ, სანამ ორივე მხარეს თანხმობის ბათილობის შეცნობადობა აკლია.

ფაქტები:

*ყურის შესაძლო ოპერაციასთან დაკავშირებით (მასტოიდექტომია) მოსარჩელე გადაყვანილი იქნა მოპასუხის ყელ-ყურ-ცხვირის კლინიკაში და ამბულატორიაში მკურნალობდა. იქ მას შეატყობინა პროფ. N.-მა ყურის ქრონიკული რეციდიული ანთებისა და ტიმპანური სითხის (ყურში სითხის დაგროვების) შესახებ. მან მოსარჩელეს ურჩია უპირველესად ცხვირის ძვიდის პლასტიკით სუნთქვის გაუმჯობესება და 6-8 კვირის შემდეგ გაეკეთებინა მასტოიდექტომია. ამ კონსულტაციის შემდეგ მოსარჩელემ ხელი მოაწერა თანხმობას ცხვირის ძვიდის ქირურგიულ პლასტიკაზე. სამი დღის შემდეგ მოსარჩელე შეიყვანეს საავადმყოფოში და ჩაუტარეს ცხვირის ძვიდის გასწორება და სინუსების ოპერაცია. პოსტოპერაციულად კომპიუტერულმა ტომოგრაფიამ აჩვენა თავში სისხლდენა. შემდგომი ნეიროქირურგიული ჩარევის დროს დადგინდა, რომ ოპერაციამ გამოიწვია დურას (ტვინის მაგარი გარსის), ასევე წინა ცერებრალური არტერიის დაზიანება და სასუნთქი ნერვის გახლეჩვა.*

სამართლებრივი საკითხები:

გადაწყვეტილება, უპირველეს ყოვლისა, ეხება მკურნალობის ალტერნატივების შესახებ

<sup>67</sup> შდრ. საფეხურობრივ დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებით ასევე: OLG Dresden, Urteil vom 29. März 2022 - 4 U

980/21 - juris, იხ. Hagenloch, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022, III. 2, Rn. 3.

განმარტების ვალდებულებას და ინფორმაციის მიწოდების დროს.

გადაწყვეტილების დეტალები:

1. უმაღლესი სამხარეო სასამართლო აღნიშნავს, რომ არსებობს მკურნალობის ალტერნატივების შესახებ განმარტების ვალდებულება, თუ, ერთი მხრივ, ხელმისაწვდომია სამედიცინო თვალსაზრისით მიზანშეწონილი თერაპიის რამდენიმე ეკვივალენტური მკურნალობის ვარიანტი და, მეორე მხრივ, თუ ეს იწვევს მნიშვნელოვანად განსხვავებულ დატვირთვას პაციენტზე ან აქვს მნიშვნელოვანად განსხვავებული რისკები ან წარმატების შანსები. თერაპიულ ან წმინდად დაკვირვებად მკურნალობაში რეალური არჩევანის შესაძლებლობა არსებობს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს დასაბუთებული პერსპექტივა, რომ შესაძლებელია აღნიშნულით მიღწეული იყოს არა მხოლოდ სიმპტომების მოკლევადიანი შემსუბუქება.<sup>68</sup> ექსპერტის განცხადებით, შემდგომი მკურნალობა ცხვირის სპრეით ან შემდგომი მოლოდინი არ იყო ალტერნატიული მკურნალობის მეთოდი, რომელიც განმარტებას საჭიროებდა.

2. თუმცა, მოსარჩელის თანხმობა, რომელიც მან საინფორმაციო ფურცელზე ხელმოწერით გასცა, ბათილი იყო, რადგან მოსარჩელეს ჩარევის რისკების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებასა და თანხმობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებას შორის მონაკვეთში არ ჰქონდა დრო, სათანადოდ ეფიქრა. გსკ-ის 630e II Nr. 2 მუხლის ფორმულირების მიხედვით, კარგად გააზრებული გადაწყვეტილება შეიძლება მხოლოდ მაშინ იქნეს მიღებული, თუ საკმარისი დრო არსებობს მოფიქრებისთვის. არ შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ არსებობს კარგად გააზრებული გადაწყვეტილება, თუ პაციენტი თანხმობას გამოხატავს კონსულტაციის შემდეგ დაუყოვნებლივ, რადგან შემდგომში იგი მისთვის უცნობი და ძნე-

ლად გასაგები ინფორმაციის დიდი სიმრავლის შთაბეჭდილების ქვეშ ექცევა და აღმოჩნდება პერსონალურად რთულ სიტუაციაში.<sup>69</sup>

ამ გადაწყვეტილების შესავსებად უნდა აღინიშნოს, რომ ბათილად ითვლება თანხმობა, რომელიც (გონივრული მოსაფიქრებელი დროის კუთხით) უშუალოდ მოსამზადებელ პროცესში ოპერაციის დაწყებამდეა გაცემული. ეს ეხება, მაგალითად, შემთხვევას, როდესაც პაციენტი ხელს აწერს მხოლოდ ოპერაციამდე რამდენიმე დღით ადრე გადაცემულ თანხმობის ფურცელს საოპერაციო ოთახისკენ მიმავალ გზაზე სედატიური ინექციის შემდეგ; აღნიშნული მოქმედებს მით უმეტეს, თუ პაციენტი ამ სიტუაციაში ექიმის შესაბამის მოთხოვნას აღიქვამს, როგორც ზეწოლას.<sup>70</sup>

აქ განხილულ გადაწყვეტილებაში, უზენაესმა სამხარეო სასამართლომ ასევე მიუთითა, რომ მოსარჩელე კონკლუდენტურადაც არ დათანხმებულა ოპერაციას ვინაიდან იგი კონსულტაციიდან სამი დღის შემდეგ მივიდა მოპასუხის კლინიკაში ოპერაციის ჩასატარებლად. თანხმობისთვის არავითარი ფორმა არ იყო მითითებული, რომელიც საბოლოოდ და მკაფიოდ იქნებოდა გაცემული. (დამატებითი შენიშვნა: თუმცა, დასაბუთების საფუძვლებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია გამოყენებულ იქნეს პრაქტიკაში გავრცელებული წერილობითი ფორმა, მით უმეტეს, რომ თანხმობა გსკ-ის 630f II 1 მუხლის საფუძველზე ჩაწერილი უნდა იყოს პაციენტის საქმეში.<sup>71</sup> ვინაიდან მოსარჩელეს თანხმობა უკვე ჰქონდა მიცემული (თუნდაც ბათილი ყოფილიყო), ყველა მონაწილემ ჩათვალა, რომ თანხმობა აღარ იყო საჭირო. აღნიშნულის გამო აღარ არსებობდა ნების გამოვლენისთვის საჭირო შეცნობადობა. სხვაგვარი სიტუაცია იქნებოდა, თუ მოსარჩელეს კლინიკაში მიღების მომენტში ეცნობებოდა, რომ მისი წინასწარი წერილობითი თანხმობა ბათილი იყო.

<sup>68</sup> შდრ. ამ თემაზე: OLG Hamm, Urteil vom 15. Februar 2022 - I-26 U 21/21 - NJW- RR 2022, 818, იხ. *Hagenloech*, იხ. ზემოთ, სქ. 1, 2022 III. 1, Rn. 1.

<sup>69</sup> ასევე: OLG Köln, Urteil vom 16. Januar 2019 - I-5 U 29/17 - MedR 2020, 483.

<sup>70</sup> შდრ. BGH, Urteil vom 17. Februar 1998 - VI ZR 42/97 - MedR 1998, 516.

<sup>71</sup> ამასთან დაკავშირებით: *Staudinger/Gutmann* (2021) BGB § 630d Rn. 274; *Schmidt* in: *Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/Würdinger*, jurisPK- BGB, 9. Aufl., § 630d BGB (Stand: 01.02.2020).

**4. გადაწყვეტილებების მოკლე შეჯამება:****a) OLG Dresden, Beschluss vom 28. Januar 2021 - 4 U 1775/20 - MedR 2021, 1085**

სახელმძღვანელო წინადადება:

1. სტომატოლოგიურ კაბინეტში სიბრძნის კბილის ქირურგიულ ამოღებამდე არ არის საჭირო იმის ახსნა, რომ ჩარევა შეიძლება განხორციელდეს ყბის საოპერაციო კაბინეტშიც.

2. ის ფაქტი, რომ ასეთ ჩარევას მოჰყვა ენის ნერვის დაზიანება, თავისთავად არ ამართლებს დასკვნას, რომ იყო სამედიცინო შეცდომა.

**b) OLG München, Urteil vom 25. März 2021 - 1 U 1831/18 - MedR 2021, 1079**

სასიკვდილო დაავადების შემთხვევაში (აქ: სამვილოსნოს ყელის კარცინომა), თუ ნატუროპატი ხაზგასმით არ ეწინააღმდეგება მისი პაციენტის გადაწყვეტილებას შეწყვიტოს ტრადიციული მედიცინის მიერ მითითებული თერაპია (აქ: სხივური თერაპია) არამტკიცებულებებზე დაფუძნებული ალტერნატიული სამედიცინო მკურნალობის სასარგებლოდ (აქ: ჰორვის გველის შხამის თერაპია) და თუ მკურნალობის ხანგრძლივ პერიოდში ზეგავლენას ახდენს და ყოველთვის უმეორებს პაციენტს, არ განაგრძოს ან არ განაახლოს ტრადიციული მედიცინით აღიარებული თერაპია, ეს წარმოადგენს უხეშ სამედიცინო შეცდომას არასაკმარისი თერაპიული ინფორმაციის მიწოდების გამო.

2. თუ პაციენტის ბრალი თანაბარწონადია, შესაძლებელია მტკიცების ტვირთის შებრუნება არ მოხდეს (აქ უარყოფილია, თერაპიის დაუდევრობით შეწყვეტა) ან გსკ-ის 254 I მუხლის (შენიშვნა: იდენტურია სსკ-ის 415 მუხლის შინაარსთან) გამოყენება გახდეს საჭირო (აქ დადასტურებულია ერთობლივი პასუხისმგებლობის კვოტა 1/3 სახით).

3. ყველა ასპექტის გათვალისწინებით (ნატუროპატის სრულიად არაადეკვატური ქმედება კვირების და თვეების განმავლობაში, ტკივილი და გვერდითი მოვლენები, რომლებიც ქალმა გადაიტანა, როგორც ჩვეულებრივი სამედიცინო მკურნალობის ალტერნატივა, საკუთარი სი-

კვდილის განცდა და ახლად დაბადებული ბავშვის დატოვება), მემკვიდრის სასარგებლოდ მორალური ტკივილის შესაბამის კომპენსაციას შეადგენს 30.000,00 ევრო.

**c) OLG Dresden, Beschluss vom 2. September 2021 - 4 U 730/21 - juris**

სახელმძღვანელო წინადადება:

1. სამედიცინო პროფესიული საზოგადოებების გაიდლაინები არ უნდა გაიგივდეს სამედიცინო სტანდარტთან.

2. სააპელაციო წესით საქმის განხილვისას მტკიცებულებების განმეორებითი მიღება, როგორც წესი, გამორიცხულია, თუ პაციენტი არ აჩვენებს რაიმე კონკრეტულ მინიშნებას, რომელიც ეწინააღმდეგება პირველი ინსტანციის ექსპერტის შეფასებას, კერძოდ, თუ ის არ წარმოადგენს კერძო ექსპერტის დასკვნას.

3. სამედიცინო დოკუმენტაციის ნაკლებობა კი არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ საფუძველს ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნისთვის, არამედ მხოლოდ იძლევა ვარაუდს, რომ ღონისძიება, რომელიც ექვემდებარება აღრიცხვის ვალდებულებას, არ განხორციელებულა.

**d) OLG Celle, Urteil vom 20. September 2021 - 1 U 32/20 - MedR 2022, 582**

1. სამშობიარო ოთახში საწოლთან მდებარე ზარი ახალშობილის ყოლისას ემსახურება იმ შემთხვევებს, რომ ბავშვის დედამ შეძლოს დახმარების გამოძახება რაც შეიძლება სწრაფად. ეს განსაკუთრებით ეხება S-ALTE-ს [severe apparent life-threatening event] ან SUPC-ის შედეგებისას (Sudden Unexpected Postnatal Collapse; Fast-Kindstod) არსებულ შემთხვევებს. ასეთი ზარის მოწყობილობა მიეკუთვნება სამედიცინო სტანდარტს.

2. მკურნალობისა და ზრუნვის უხეში შეცდომა შეიძლება ვივარაუდოთ, თუ ჩვილის რეანიმაცია დაგვიანებულია, რადგან გადაუდებელი ზარის დილაკი ბავშვის დედისთვის მიუწვდომელი იყო მით უფრო მას შემდეგ, რაც ბავშვმა დაბადებიდან თითქმის 2 საათის შემდეგ მძიმე პოსტნატალური ასფიქსიის შედეგად განიცადა ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეპალოპათია (HIE).

# ჯანდაცვის სამართლის დისციპლინა და მისი განვითარების პერსპექტივა საქართველოში

ინოვაციური ლაშაბერიძე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის იურისტი

ასოც. პროფ. გიორგი აბთურიძე

საქართველოს უნივერსიტეტი

## აბსტრაქტი

ჯანდაცვის სამართალი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გლობალურ და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში. ჯანდაცვის კანონმდებლობის ეფექტურობის შეფასება შესაძლებელია, როგორც ადამიანის უფლებების, ასევე ჯანდაცვის მიზნების განხორციელების მიმართულებით.

საქართველოში, ჯანდაცვის სამართალი, როგორც დამოუკიდებელი დისციპლინა არ არის ჩამოყალიბებული და სიახლეს წარმოადგენს. საზოგადოების ცნობიერება ამ დარგის მიმართ მწირია. შესაბამისად, არ არის აღქმული ჯანდაცვის სამართლის, როგორც ცალკე დისციპლინის საჭიროება და მნიშვნელოვნება. სტატია საშუალებას იძლევა დავინახოთ ჯანდაცვის სამართლის, როგორც დამოუკიდებელ დისციპლინად დანერგვის საჭიროება საქართველოში.

ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად, სტატიაში განხილულია საქართველოში ჩატარებული თვისობრივი კვლევა ჩალრმაკებული გამოკითხვის მეთოდით, რომელიც შეეხება საქართველოში ჯანდაცვისა და სამართლის სპეციალისტების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლის საკითხს ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებასთან დაკავშირებით.

საქართველოში ჩატარებული შესაბამისი კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ცოდნა-დამოკიდებულება ჯანდაცვის სამართლის, როგორც დამოუკიდებელი დისციპლინის მიმართ, საკმაოდ მაღალი, პოზიტიური და დარგის განვითარებისკენ მიმართულია. დანახულ იქნა ჯანდაცვის სამართლის, როგორც ცალკე დისციპლინად დანერგვის საჭიროება. ასევე, დღის წესრიგში დადგა ჯანდაცვის სამართლის სპეციალისტების მომზადების საჭიროების საკითხიც.

მიუხედავად საჯარო თუ კერძო სექტორის აქტივობებისა და ჯანდაცვის სამართლის, როგორც ცალკე დისციპლინის მიმართ მაღალი ინტერესისა, ქვეყანაში მაინც არ არსებობს მძლავრი ინსტიტუტი, რომელიც ხელს შეუწყობს ამ დარგის განვითარებას. დღევანდელ რეალობაში, დისციპლინის განვითარების საჭიროება არსებობს, რისთვისაც აუცილებელია ქმედითი ღონისძიებების გატარება, როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სტრუქტურების მხრიდან.

## შესავალი

კანონი, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ინსტრუმენტი, უფრო

მეტად გამოიყენება და აღიარებულია გლობალურ, ეროვნულ და სუბნაციონალურ დონეზე.

აღსანიშნავია ოტავას ქარტია, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ (1986წ)<sup>1</sup>, რომელიც

<sup>1</sup> Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf), retrieved: December 20, 2021.

ცნობს, რომ კარგი ჯანმრთელობა მოითხოვს კოორდინირებულ მოქმედებას თითოეული დაინტერესებული მხარისგან. იქნება ეს მთავრობა, არასამთავრობო თუ ადგილობრივი ორგანიზაციები. ამასთან, უმნიშვნელოვანეს დოკუმენტს წარმოადგენს ლუბლიანას ქარტია, ჯანდაცვის რეფორმასთან დაკავშირებით (1996წ)<sup>2</sup>, რომელიც მთელ რიგ ფუნდამენტურ პრინციპებს არეგულირებს და რეკომენდაციას იძლევა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ადამიანის საჭიროებებისკენ უნდა იქნეს მიმართული და პაციენტებს დადებითი ცვლილებების დანერგვაში წვლილის შეტანისკენ მოუწოდებს (პარაგრაფი 5.3). „ჯანმრთელობა - ადამიანის უფლება“ სლოგანზე მეტი უნდა იყოს, მას უნდა მოიცავდეს როგორც საერთაშორისო და ეროვნულ კანონმდებლობა, ასევე ჯანდაცვის პოლიტიკა<sup>3</sup>.

გლობალურ და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანდაცვის სამართალი<sup>4</sup>. ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის, როგორც იურიდიული დისციპლინის ცოდნა, იწვევს ჯანდაცვის პროფესიონალის ინფორმირებულობას ადამიანის უფლებების შესახებ. სამედიცინო პერსონალს შორის სამედიცინო ეთიკისა და სამედიცინო სამართლის მნიშვნელობის წარმოჩენა - ეს არის გზავნილი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, რომ საჭიროა ეთიკური პრინციპების მიღება და სამედიცინო სამართლის ცოდნა<sup>5</sup>.

ჯანდაცვის სამართალი აერთიანებს არსებულ კანონმდებლობას, პაციენტის უფლებებსა და ვალდებულებებს, ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების როლსა და მარგინალური გგუფების უფლებებს. ჯანდაცვის სამართლის, როგორც სამართლის სუვენერული სუბიექტის განვითარება, შეიძლება, ჩაითვალოს ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლის განვითარების კორელატიულ შედეგად, რადგან ადა-

მიანის უფლებების საშუალებით შესაძლებელია ჯანდაცვის კანონმდებლობის ეფექტურობის შეფასება, ასევე მისი შესაბამისობა, როგორც ადამიანის უფლებების, აგრეთვე ჯანდაცვის მიზნების განხორციელების მიმართულებით.

მსოფლიოში დამკვიდრებული პრაქტიკიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის პოლიტიკაში სამართლის შემდეგი მიმართულებები გვხვდება: გლობალური ჯანმრთელობის (ჯანდაცვის) სამართალი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის (ჯანდაცვის) სამართალი, ჯანმრთელობის (ჯანდაცვის) სამართალი და სამედიცინო სამართალი, თითოეულს კონკრეტული მიმართულება და გამოყენება გააჩნია.

გლობალური ჯანმრთელობის (ჯანდაცვის) სამართალი წარმოადგენს სფეროს, რომელიც მოიცავს სამართლებრივ ნორმებს, პროცესებსა და ინსტიტუციებს, რომლებიც საჭიროა იმისთვის, რომ მთელ მსოფლიოში ხალხისთვის შეიქმნას პირობები, რათა ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობა რაც შეიძლება მაღალ დონეზე ავიდეს. გლობალური ჯანდაცვის სამართლის მისიას წარმოადგენს მთელ მსოფლიოში ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლესი დონის აუცილებელი პირობების უზრუნველყოფა. მისი ძირადი წყაროა საჯარო საერთაშორისო სამართალი, რომელიც მსოფლიო ჯანმრთელობის დასაცავადაა შექმნილი. გლობალური ჯანდაცვის სამართალი ინოვაციურ მექანიზმებს ეძებს გლობალური ჯანდაცვის მართვისათვის. აღსანიშნავია, რომ გლობალური ჯანდაცვის სამართლის მორალურ საფუძველს სამართლიანობა წარმოადგენს. პირობები ჯანსაღი მოსახლეობისთვის სამართლიანად უნდა განაწილდეს სოციალურ, რასობრივ, გენდერულ და გეოგრაფიულ საზღვრებზე, ყველა ქვეყანასა და რეგიონში<sup>6</sup>. გლობალური ჯანდაცვის სამართლის უკეთ გაგებისათვის ნათელი მაგა-

<sup>2</sup> The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, (1996), [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/11330/2/E55363.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/11330/2/E55363.pdf) retrieved: December 21, 2021.

<sup>3</sup> Gostin L. O. & Meier B. M., (2020), *Foundations of Global Health & Human Rights*, Oxford University Press, p. 504.

<sup>4</sup> Annas, G. J., (2012), *Doctors, patients, and lawyers—two centuries of health law*, 2;367(5):445-50.

<sup>5</sup> Ivanoc S., Stanojevic C., Jajic S., Vila A. & Nikolic S., *Medical Law and Ethics*, (2013). 67-72.

<sup>6</sup> Gostin L. O., Allyn L. T., (2008), *Global Health Law: A Definition and Grand Challenges*, Pages 53-63.



ლითი შეიძლება იყოს COVID-19 სამართლის ლაბორატორია (ოფიციალური ვებგვერდი - [www.COVIDLawLab.org](http://www.COVIDLawLab.org)), რომელიც გაეროს განვითარების პროგრამის (United Nations Development Programme - UNDP), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (World Health Organization – WHO), გაეროს ერთობლივი პროგრამის აივ/შიდსის (United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS) და ჯორჯთაუნის უნივერსიტეტის ო'ნილის ეროვნული და გლობალური ჯანმრთელობის სამართლის ინსტიტუტის ერთობლივ პროექტია და შექმნილია COVID-19 პანდემიის უპრეცედენტო გლობალური გამოწვევებიდან გამომდინარე, სადაც თანხმდებიან, რომ კარგად შემუშავებულ კანონებს შეუძლიათ ძლიერი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება. ლაბორატორია აგროვებს და აზიარებს სამართლებრივ დოკუმენტებს მსოფლიოს 190-ზე მეტი ქვეყნიდან, რათა სახელმწიფოებს დაეხმაროს ძლიერი სამართლებრივი ჩარჩოს შექმნასა და დანერგვაში პანდემიის მართვისათვის. ძირითადი მიზანია, დარწმუნდეს, რომ კანონები იცავენ ინდივიდებისა და თემების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას, ასევე ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტებს.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის (ჯანდაცვის) სამართალი იკვლევს მთავრობის უფლებამოსილებას სხვადასხვა იურისდიქციულ დონეზე, რათა გააუმჯობესოს მოსახლეობის ჯანმრთელობა საზოგადოებრივ საზღვრებსა და ნორმებში. ყურადღებას ამახვილებს მთავრობის მოვალეობებზე, ფოკუსირებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებსა და იურიდიული პრაქტიკის ეფექტურობაზე საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში. ის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მეცნიერული დისციპლინაა, რომლის მთავარი მისია ჯანმრთელობის მაქსიმიზაციაა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამართალი, როგორც ძალაუფლება, მოვალეობის შეზღუდვა,

მოიცავს მნიშვნელოვან ინფორმაციასა და ანალიზს იმის საილუსტრაციოდ, რომ დემოკრატიულად განხილული და დამტკიცებული კანონებისა და სათანადოდ ჩამოყალიბებული რეგულაციების თანმიმდევრული გამოყენება შეუცვლელი ინსტრუმენტია საზოგადოების ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დასაცავად<sup>7</sup>. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამართლის ჭრილში განხორციელებული საკანონმდებლო რეფორმის მაგალითად შეგვიძლია მოვიყვანოთ თამბაქოს კონტროლის რეფორმა. ბევრმა სახელმწიფომ საკუთარ კანონმდებლობაში შეიტანა შეზღუდვები თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით.

ჯანმრთელობის (ჯანდაცვის) სამართალი წარმოადგენს სამართლის სფეროს, რომელიც მოიცავს ფედერალურ, სახელმწიფო და ადგილობრივ კანონებს, წესებს და რეგულაციებს. არეგულირებს ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებებსა და პაციენტებს შორის ურთერთობებს<sup>8</sup>.

სამედიცინო სამართალი არის სამართლის დარგი, რომელიც ეხება სამედიცინო პროფესიონალების პრეროგატივასა და პასუხისმგებლობას, პაციენტის უფლებებს. ის არ უნდა აირიოს სამედიცინო იურისპრუდენციაში, რომელიც მედიცინის დარგი უფროა ვიდრე სამართლის<sup>9</sup>. მედიცინასა და სამედიცინო სამართალს ბევრი საერთო აქვთ, ზოგჯერ ფარავნ კიდევაც ერთმანეთს. მედიცინა ადამიანის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე ზრუნავს ერთი გზით, კანონი იმავეს აკეთებს სხვა გზით. ჯანდაცვის სამართლის ცოდნა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას. ასევე, მოქალაქეებისთვის - იცოდნენ თვითნაირი უფლებები, რეგულაციები და გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი<sup>10</sup>.

მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში (მაგ.: ამერიკა, გერმანია, ინგლისი და ა.შ.) ჯანდაცვის სამარ-

<sup>7</sup> Gostin, Lawrence O. and Powers, Madison, "What Does Social Justice Require For The Public's Health? Public Health Ethics And Policy Imperatives" (2006). *Georgetown Law Faculty Publications and Other Works*. 483. <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/483>

<sup>8</sup> Zeiler K., (2008), *Empirical Health Law Scholarship: The State of the field*, *Georgetown Law Journal* 649.

<sup>9</sup> City University Law School – Lawbore, (2008), „*Topic: Medical Law*“, <https://web.archive.org/web/20080423233530/http://lawbore.net/medical> retrieved: December 14, 2021.

<sup>10</sup> Ivanoc S., Stanojevic C., Jajic S., Vila A. & Nikolic S., *Medical Law and Ethics*, (2013). 67-72.

თალს პრაქტიკული გამოყენება გააჩნია. საქართველოში ის ცალკე დისციპლინად არ განიხილება. ასევე, აღსანიშნავია, რომ დღეის მდგომარეობით, საქართველოში, საფუძვლიანად არ შესწავლილა და გამოკვლეულა ჯანდაცვისა და სამართლის სპეციალისტების ცოდნა-დამოკიდებულება ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებასთან დაკავშირებით. სტატიაში მოცემული კვლევა სიახლეს წარმოადგენს ჯანდაცვის სამართლის ცალკე დისციპლინად ჩამოყალიბების მიმართულებით, რომელიც საქართველოში, ჯანდაცვის სამართლის, როგორც ცალკე დისციპლინად დანერგვის საჭიროების დანახვის საშუალებას იძლევა.

### ჯანდაცვის სამართალი უცხოეთის ქვეყნებში

თანამედროვე მსოფლიოში საზოგადოების ინტერესი ჯანმრთელობის უფლებასთან მიმართებით მკვეთრად გაიზარდა. საზოგადოებას გაუჩნდა კითხვები ჯანმრთელობის უფლების დაცვასთან მიმართებით. შესაბამისად, ჯანდაცვის სფეროში, როგორც საერთაშორისო, ასევე ეროვნულ დონეზე, წარმოიშვა სამართლებრივი საკითხების საკანონმდებლო დონეზე მოწესრიგების აუცილებლობა. სხვადასხვა ქვეყანამ, უფლება ჯანმრთელობაზე, როგორც ფუნდამენტური უფლება, საკუთარ კონსტიტუციასა და კანონმდებლობაში შეიტანა.

იკვეთება ჯანმრთელობის უფლების თანხვედრა ადამიანის ისეთ უფლებებთან, როგორცაა სიცოცხლის უფლება, ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლება, შრომის უფლება (ჯანსაღი შრომითი პირობები), უსაფრთხო გარემოში ცხოვრების უფლება, სათანადო საცხოვრებლის უფლება. დასახელებული ელემენტები ჯანმრთელობის უფლებასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული და სწორედ აღნიშნულის გამო ჯანმრთელობის უფლების ჩარჩოებში განიხილება. ჯანმრთელობის ძირითად უფლებათა შორის, უმთავრესად აღიარებულია სიცოცხლის უფლე-

ბა, რომელიც ადამიანების უფლებათა იერარქიაში უალტერნატივოდ პირველ საფეხურზე დგას. მედიცინა და სამართალი უძველესი დროიდან არის ერთმანეთთან დაკავშირებული.

XX საუკუნის 70-იან წლებში, ევროპის ქვეყნებში, სამართლისა და მედიცინის კურსები გაფართოვდა და მოიცვა საჯარო პოლიტიკაც. მათ შორის, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის საკითხიც. ამავდროულად, სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ და მიღწევებმა შექმნა ახალი სამართლებრივი სფეროები, როგორცაა ორგანოთა გადანერგვა, აბორტი და ინ ვიტრო განაყოფიერება.

ეს საკითხები სულ უფრო მეტად იყო ჩართული სამართლისა და მედიცინის კურსებში. შემდეგ კი ცნობილი გახდა უფრო ფართო ტერმინით „ჯანდაცვის სამართალი“.

ჯანდაცვის სამართლის მასწავლებლებმა, სამართლის და მედიცინის სკოლებში, საჯარო პოლიტიკის და მენეჯმენტის სკოლის მასწავლებლებთან ერთად დაიწყეს რეგულარული შეკრებები. 1976 წელს, როდესაც ბოსტონის უნივერსიტეტში ჯანდაცვის სამართლის მასწავლებელთა პირველი ეროვნული შეხვედრა გაიმართა სამართლის სკოლის სამართლისა და მედიცინის მეცნიერებების ცენტრის ეგიდით, მიზანი იყო საჭირო სასწავლო მასალისა და გავრცელების სფეროს განსაზღვრისთვის დახმარება. 1987 წელს, ამერიკის სამართლის სკოლების ასოციაციამ მისი პირველი სასწავლო სემინარი დააფინანსა ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით. ზოგიერთმა ადვოკატმა, იმისათვის, რომ მედიცინასა და სამართალს შორის კავშირი დაენახა და უკეთ გარკვეულიყო მიმართულებაში, მედიცინის სკოლაში ან ხარისხის ორმაგ (მედიცინის დოქტორი/სამართლის დოქტორი) პროგრამაზე აბარებდა<sup>11</sup>. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხსენებული პროგრამა დღესაც არის ბოსტონის უნივერსიტეტში და განკუთვნილია სტუდენტებისთვის, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან როგორც მედიცინის, ასევე სამართლის ასპექტებში. პროგრამა ექვს წლიანია<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Wecht C. H., (2005), *The History of Legal Medicine*, Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 33 (2) 245-251.

<sup>12</sup> Judicial Doctor/Medical Doctor degree in Law & Medicine, <https://www.bu.edu/law/current-students/jd-student->

გერმანიაში, ჯანდაცვის სამართლის (თავდაპირველად მოიხსენებოდა როგორც „Legal Law“) პოპულარიზაცია ფორმალურ საგანმანათლებლო წრეებში დაიწყო. 1650 წელს, გერმანიაში, წაიკითხულ იქნა ლექციები ჯანდაცვის სამართალში<sup>13</sup>. დღეის მდგომარეობით, გერმანიაში არის უნივერსიტეტები, რომლებიც სტუდენტებს სთავაზობენ კურსებს ჯანდაცვისა და სამედიცინო სამართლის მიმართულებით<sup>14</sup>. გერმანიაში არსებობს სამედიცინო სისხლის სამართლის მიმართულება, ტერმინის „სამედიცინო სისხლის სამართალი“ აღწერს კანონის არა მკაფიოდ განსაზღვრულ სფეროს, არამედ მოიცავს ისეთ დამხმარე სფეროებს, როგორცაა სამედიცინო სამართალი და სამედიცინო დანიშნულების საქონლის (მოწყობილობების) შესახებ კანონი. მოიცავს ყველა იმ ფაქტს, რომელიც ეხება სამედიცინო დახმარებას ან მკურნალობას და დაკავშირებულია ჯანდაცვის სისტემაში ჩართულ პირებთან. ასევე, სამედიცინო სისხლის სამართლის შემადგენელი ნაწილია სისხლის სამართლის ზოგადი დანაშაულები, რაც მოიცავს გაუფრთხილებლობით სხეულის დაზიანებას ან გაუფრთხილებლობით მკვლელობას, როგორც მკურნალობის შეცდომის შედეგს. ასევე, ექიმების მხრიდან ჩადენილი დანაშაულები, როგორც არის უკანონო აბორტი ან აკრძალული აქტიური ევთანაზია. ასევე, კომერციული სისხლის სამართლის დანაშაულები, როგორცაა გადასახადებისაგან თავის არიდება, სამედიცინო სფეროში, ექიმების მხრიდან თაღლითობის შემთხვევები<sup>15</sup>.

დიდ ბრიტანეთში, ჯანდაცვის სამართალი ცალკე დისციპლინად არის განხილული და უნი-

ვერსიტეტებში სამაგისტრო პროგრამის სახით ისწავლება. დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის სამართლის კათედრა 1806 წელს დაარსდა.

1832 წლისთვის, ყველა კარგ სამედიცინო უნივერსიტეტს ჰქონდა სამედიცინო იურისპრუდენციის კათედრა უნივერსიტეტში<sup>16</sup>.

საფრანგეთმა ჯანდაცვის სამართლის პირველი კათედრა უნივერსიტეტში 1794 წელს დააარსა. ასევე, 1803 წლიდან, საფრანგეთში, სამედიცინო ექსპერტებს, რომლებსაც მოსამართლეები დანიშნავდნენ ექსპერტიზისთვის, უნდა ყოფილიყვნენ მედიცინის კურსდამთავრებულები და ჩაბარებული უნდა ჰქონოდათ გამოცდა ჯანდაცვის სამართალში<sup>17</sup>.

ამერიკაში, სამედიცინო კოლეჯები დიდ ინტერესს იჩენენ თავიანთი სტუდენტების სამედიცინო სამართლის ასპექტებში გაცნობის მიმართულებით. იქიდან გამომდინარე, რომ ძალიან მწირი ინფორმაცია იყო სამედიცინო სამართლის არსებობის თაობაზე სამედიცინო სკოლების სასწავლო პროგრამაში, 1978 წელს, ამერიკის ყველა სამედიცინო სკოლას დაეგზავნა კითხვარი. პასუხების 86% უთითებდა მნიშვნელოვან ინტერესს საგნის მიმართ<sup>18</sup>. ამერიკის სამედიცინო სკოლების დაახლოებით ორი მეხუთედი გვთავაზობს ცალკე კურსს, რომელიც ფოკუსირებულია მედიცინისა და სამართლის თემებზე და რიგი სამედიცინო სკოლები აერთიანებს ჯანდაცვის სამართლის თემებს სხვა კურსებში. აღნიშნული კურსების უმეტესობა მოიცავს ინფორმირებული თანხმობის, სამედიცინო შეცდომის საკითხებს, კონფიდენციალურ ინფორმაციასა და პაციენტის უფლებებს<sup>19</sup>. ამერიკაში მედიცინა და სამართალი ურთიერთდა-

resources/dual-degrees/jd-md-law-medicine/, retrieved: December 15, 2021წ.

<sup>13</sup> Wecht C. H., (2005), *The History of Legal Medicine*, Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 33 (2) 245-251.

<sup>14</sup> LLM Programs in Health Law/Medical Law, <https://llm-guide.com/schools/germany/concentration/health-law-medical-law> , retrieved: January 15, 2022წ;

<sup>15</sup> *Information on the subject of medical criminal law*, [https://www.info-krankenhausrecht.de/Rechtsanwalt\\_Medizinrecht\\_Arztstra-frecht\\_Strafverteidiger.html](https://www.info-krankenhausrecht.de/Rechtsanwalt_Medizinrecht_Arztstra-frecht_Strafverteidiger.html) , retrieved: December 15, 2022წ.

<sup>16</sup> Oliver J. R. (1932), *Legal medicine in Europe and America*, American Bar Association Journal, p.405; 18:105-11.1932;

<sup>17</sup> Chaille S. E., (1949), *Origin and progress of medical jurisprudence*, Journal of Criminal Law and Criminology 40:397-402.

<sup>18</sup> Grumet B. R. (1979), *Legal medicine in medical schools: a survey of the state of the art*, J Med Educ.; 54(10):755-8. PMID: 490591.

<sup>19</sup> Felthous A.R., Miller R.D., (1987), *Health law and mental health law courses in US medical schools 1987*;15(4):319-27. PMID: 3427235.

კავშირებული. ფლორიდაში ჯანდაცვის სამართალი ცალკე იურიდიულ სპეციალობად მიიღეს 1995 წელს. მოგვიანებით, 2002 წელს, ტეხასმა მიიღო მსგავსი პროგრამა.

სკანდინავიის სამართლებრივი მეცნიერებები მოიცავს ჯანდაცვის სამართალს, როგორც ცალკე დისციპლინას. 1970-იანი წლების ბოლოდან დაწყებული, მრავალი იურიდიული პუბლიკაცია - მათ შორის არაერთი სადოქტორო დისერტაცია - ეხებოდა სხვადასხვა საკითხს ჯანდაცვის სამართალში. 1990-იანი წლების დასაწყისიდან კი ჯანდაცვის სამართლის სპეციალური კურსები სკანდინავიური უნივერსიტეტების სასწავლო პროგრამაში შევიდა. ასევე, არის კათედრებიც<sup>20</sup>. ნორვეგიაში, კვლევები ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით, ჯერ კიდევ 1970-იან წლებში დაიწყო. არსებობენ კომპეტენტური მკვლევრები ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით, რომლებსაც 200-მდე სტატია და სხვა ნაშრომი აქვთ გამოქვეყნებული. ეს კვლევები სამართლის ყველაზე აქტუალურ სფეროს წარმოადგენს თანამედროვე ნორვეგიის იურისპრუდენციაში. რინინგისა და ჰარტლევის მიხედვით<sup>20</sup>, ჯანდაცვის სამართალი - პაციენტის უფლებებით, როგორც მისი ერთ-ერთი ძირითადი სუბიექტი - არის მნიშვნელოვანი და დამოუკიდებელი იურიდიული დისციპლინა.

### ორგანიზაციები

ევროპაში არსებობს ჯანდაცვის სამართლის ასოციაცია (European Association of Health Law - EAHL), რომლის წესდება და ორგანიზაციული სტრუქტურა დამტკიცდა 2008 წელს გამართულ სადამფუძნებლო კონფერენციაზე, ედინბურგში, შოტლანდია. EAHL მიზნად ისახავს გააძლიეროს ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების ურთიერთკავშირი მთელს ევროპაში და იქცეს შეუცვლელ წყაროდ ჯანდაცვის სამართლისა და პოლიტიკის მომავლისათვის (EAHL-ს ოფიციალური ვებგვერდი <https://eahl.eu/>). აღსანიშნავია, რომ 1967 წელს, ბელგიაში დაარსდა

სამედიცინო სამართლის მსოფლიო ასოციაცია (The World Association for Medical Law – WAML), რომლის მიზანს წარმოადგენს საზოგადოების სასარგებლოდ და ადამიანის უფლებების განვითარებისათვის წახალისოს ჯანდაცვის სამართლის ეთიკის შესწავლა. ხელი შეუწყოს მედიცინის, ჯანმრთელობისა და მასთან დაკავშირებული მეცნიერებების შედეგების შესწავლას იურისპრუდენციაში (WAML-ს ოფიციალური ვებგვერდი - <http://wafml.memberlodge.org/>). WAML-ს ასევე, გააჩნია საკუთარი საერთაშორისო ჟურნალი - მედიცინა და სამართალი, რომელიც 1980 წლიდან გამოსცემს პუბლიკაციებს და აღიარებულია კენედის სახელობის ეთიკის ინსტიტუტის მიერ, როგორც „პრიორიტეტული ჟურნალი“.

ამერიკაში ფუნქციონირებს ამერიკის ჯანდაცვის სამართლის ასოციაცია (The American Health Law Association – AHLA; ოფიციალური ვებგვერდი: <https://www.americanhealthlaw.org/>). კერძოდ, 1997წლის პირველ ივლისს, ჯანდაცვის იურისტთა ეროვნული ასოციაცია (The National Health Lawyers Association - NHLA) და ამერიკის ჯანდაცვის ადვოკატთა აკადემია (The American Academy of Healthcare Attorneys – AAHA) გაერთიანდნენ ერთ ორგანიზაციად, რომელსაც ეწოდა ამერიკის ჯანდაცვის იურისტთა ასოციაცია (The American Health Law Association – AHLA) და რომელმაც ქვეყნის უდიდესი საგანმანათლებლო ორგანიზაცია შექმნა, ჯანდაცვის ინდუსტრიის იურიდიულ საკითხებთან მიმართებით. მოგვიანებით, 2020 წელს, ასოციას სახელი შეეცვალა და დღეის მდგომარეობით არის ამერიკის ჯანდაცვის სამართლის ასოციაცია. აღნიშნული წარმოადგენს არაპარტიულ საგანმანათლებლო ორგანიზაციას, რომლის საქმიანობაც მოიცავს ჯანდაცვის სფეროში არსებულ სამართლებრივ საკითხებს. ასოციაცია ინარჩუნებს სრულყოფილებას ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით საზოგადოების განათლებისა და კომუნიკაციის გზით. დევიზით - ჯანდაცვის

<sup>20</sup> Rynning E., Hartlev M., (2011), *Nordic Health Law in a European Context*, SBN: 978-90-04-22381-3. <https://brill.com/view/title/21256>

სფეროში სრულყოფილება, მოითხოვს ჯანდაცვის კანონმდებლობის სრულყოფილებას.

აზიაში არსებობს მსოფლიო ვაჭრობის ორგანიზაციისა და საერთაშორისო ჯანდაცვის სამართლის და პოლიტიკის აზიური ცენტრი (Asian Center for WTO & International Health law and policy – ACWH; ოფიციალური ვებგვერდი: <http://www.ntu.law.acwh.tw/index.php> ). მას შემდეგ, რაც 2002 წელს, ტაივანი WTO-ს (World Trade Organization) 144-ე წევრი გახდა და WTO-ს კვლევის მნიშვნელობა აღიარა, 2003 წელს, NTU-ს (Nanyang Technological University, Singapore) სამართლის კოლეჯში შეიქმნა WTO-ს კვლევითი ცენტრი, WTO-ს საკითხებზე კვლევების უფრო ეფექტურად ჩატარების მიზნით. ცენტრი 2005 წელს გადაკეთდა WTO-ს და საერთაშორისო ჯანდაცვის სამართლისა და პოლიტიკის აზიის ცენტრად. ცენტრი მოიცავს კვლევისა და ტრენინგის სამ ძირითად სფეროს: საერთაშორისო ეკონომიკურ სმართალს, საერთაშორისო ჯანდაცვის სამართალს (თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის და ჯანმრთელობის საერთაშორისო რეგულაციების ჩათვლით) და საერთაშორისო არბიტრაჟს.

**ჯანდაცვის სამართალი საქართველოში**

საქართველოში, ჯანდაცვის სამართალი არ არის დამკვიდრებული, როგორც ცალკე არსებული სასწავლო ან სამეცნიერო დისციპლინა. ჯანდაცვის სფეროში, საქართველოს კანონმდებლობა შედგება საქართველოს კონსტიტუციისაგან, საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტებისაგან. ასევე, საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებებისაგან.

დამოუკიდებლობის აღდგენამდე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას არეგულირებდა საბჭოთა სოციალური რესპუბლიკების კავშირის ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებები, ინსტრუქციები, მეთოდური რეკომენდაციები, ცირკუ-

ლარული წერილები და სხვ. რომლებსაც, რეგიონების თავისებურებების გათვალისწინების გარეშე, ქმნიდა სამინისტროს სტრუქტურული ქვედანაყოფები და 100-მდე სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი. სისტემა ფუნქციონირებდა საკანონმდებლო რეგულირების გარეშე<sup>21</sup>.

1991 წლის 9 აპრილის „საქართველოს სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის აღდგენის აქტის“<sup>22</sup> თანახმად, საქართველოს რესპუბლიკის ერთ-ერთ ძირითად პრინციპად გამოცხადდა საერთაშორისო სამართლის პრიმატი საქართველოს რესპუბლიკის კანონების მიმართ. ასევე, მისი ნორმების პირდაპირი მოქმედება საქართველოს ტერიტორიაზე.

1994 წელს დამტკიცდა ქვეყნის ანტიკრიზისული პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც მიმდინარეობდა მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზებისა და ახალი მოდელის შემუშავების საკითხზე. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა ეწინააღმდეგებოდა ქვეყნის განვითარების სოციალურ-პოლიტიკურ მიმართულებას, რაც არსებული სისტემის კარდინალური ცვლილებების აუცილებლობის ერთ-ერთ მიზეზს წარმადგენდა. „ჯანმრთელობის დაცვა ჩვენს ქვეყანაში ის პირველი დარგი იყო, რომელიც დამოუკიდებელი სახელმწიფოს მშენებლობის რთულ გზაზე რადიკალურად გაემიჯნა საბჭოთა კავშირის მემკვიდრეობას. უფრო მეტიც, საქართველო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ინსტიტუციონალური რეფორმებით ინოვაციური იყო არა მხოლოდ ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებს, არამედ, ზოგადად, აღმოსავლეთ ევროპის პოსტსოციალისტურ ქვეყნებს შორისაც“<sup>23</sup>.

საქართველოში, 2015 წელს, სამედიცინო სფეროში მრავალწლიანი გამოცდილების მქონე იურისტთა ჯგუფის მიერ, შეიქმნა ა(ა)იპ - სამედიცინო სამართლის ასოციაცია, რომელიც წარმოადგენს სამართლის სფეროში სამედიცი-

<sup>21</sup> ავთანდილ ჯორბენაძე, (2021წ), *როგორ იქმნებოდა ჯანდაცვის ახალი სისტემა, თბილისი.*

<sup>22</sup> საქართველოს რესპუბლიკის უზენაესი საბჭო, *საქართველოს სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის აღდგენის აქტის*, საქართველოს საკანონ-

მდებლო მაცნე, საქართველოს რესპუბლიკის უზენაესი საბჭოს უწყებები, 4, 09/04/1991, 010.340.000.05.001.000.050.

<sup>23</sup> ავთანდილ ჯორბენაძე, (2021წ), *როგორ იქმნებოდა ჯანდაცვის ახალი სისტემა, თბილისი.*

ნო მიმართულებების დარგობრივი სამართლის ასოციაციას. მისი ძირითადი მიზნები და ამოცანებია საქართველოში სამედიცინო სამართლის სფეროს განვითარება, სამედიცინო სექტორში მოღვაწე იურისტების კოორდინაცია, სამედიცინო მომსახურების სფეროში დასაქმებული პერსონალის სამართლებრივი თვითშეგნების ამაღლება და მათი უფლებების დაცვა. ასოციაცია წარმოადგენს წევრობაზე დაფუძნებულ ორგანიზაციას, სადაც გვხვდებიან საპატიო წევრები - საქართველოში რეგისტრირებული სამედიცინო დაწესებულებები. ნამდვილი წევრები - საქართველოში სამედიცინო სფეროს კერძო სექტორში დასაქმებული იურისტები და ასოცირებული წევრები - საქართველოს სამედიცინო სფეროს საჯარო სექტორში დასაქმებული იურისტები.

### დისკუსია

ნაშრომი - ემპირიული კვლევები ჯანმრთელობით სამართალში: სფეროს მდგომარეობა<sup>24</sup>, რომელიც მიზნად ისახავს ემპირიული კვლევებით ჯანმრთელობის სამართლის სფეროს იმჟამინდელი მდგომარეობის შესწავლას, გამოყენებული მეთოდების აღწერისა და პროცესის ხელშეწყობი თუ ხელისშემშლელი ფაქტორების ანალიზის საშუალებით, რათა პოლიტიკის შემქმნელენმა აითვისონ ამ ტიპის კვლევა. სტატია გვთავაზობს ემპირიული კვლევების ჯანმრთელობის სამართლის მიმართულებით წარმოებისა და გავლენის გაზრდის გზებს. აღნიშნულია, რომ გამოწვევებისა და ისტორიული ნაკლოვანებების მიუხედავად, ემპირიულ კვლევებს ჯანმრთელობით სამართალში (შემდგომში - EHL (Empirical Health Law)) შეუძლია და უნდა ჰქონდეს მნიშვნელოვანი გავლენა რეგულაციებზე, რათა გაუმჯობესდეს საზოგადოებრივი უსაფრთხოება, ხელი შეეწყოს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის ზრდას, ხელი შეეწყოს ხარისხსა და ინოვაციური ტექნოლოგიების განვითარებას.

სტატიაში განხილულია საკითხი, თუ რატომ მოვიდა ემპირიზმი ჯანდაცვის კანონმდებლობამდე. აღნიშნულია, რომ ჯანდაცვის სამართლის ემპირიული კვლევა პოლიტიკის შემუშავების აუცილებელი კომპონენტია. პოლიტიკის წინადადებები იმის შესახებ, თუ ცვლილებებმა რა გავლენა შეიძლება მოახდინოს სხვადასხვა შედეგზე, ხშირად, თეორიიდან მომდინარეობს. თეორიული პროგნოზებისა და ვარაუდების ემპირიული კვლევა კი ზრდის როგორც ნდობას კანონმდებლობის მიმართ, ასევე პოლიტიკის წინადადების ეფექტურობასაც. სტატიის მიხედვით, ჩატარებული შემთხვევების შესწავლა, დაეხმარათ იმის დასადგენად, რომ ემპირიული კვლევები ჯანმრთელობით სამართალში მნიშვნელოვან დადებით გავლენას იქონიებს პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიღებისას.

აღსანიშნავია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში (2016წ)<sup>25</sup>, რომლის მიზანს წარმოადგენს ცნობიერების დონის ამაღლება იმ როლის მიმართ, რომელსაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონების რეფორმას შეუძლია ითამაშოს ჯანმრთელობის უფლების განვითარებისა და ადამიანებისთვის ჯანსაღი ცხოვრების პირობების შესაქმნელად.

ასევე, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დოკუმენტი<sup>26</sup>, რომელშიც განხილულია ევროპაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამართლის განვითარების საკითხი. დოკუმენტი მკაფიოდ ეხება რისკზე დაფუძნებულ მიდგომებს, სადაც საყოველთაოდ გასაგებია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამართლის ფუნდამენტურ მიზანს წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რისკების პრევენცია, შემცირება და მართვა. დოკუმენტი ასკვნის, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამართალი მიზნად ისახავს, შექმნას ისეთი გარემო, რომელშიც ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ხელდახელ მიდის ინდივიდუალური უფლებების დაცვასთან, თნას-

<sup>24</sup> Zeiler K., (2008), *Empirical Health Law Scholarship: The State of the field*, Georgetown Law Journal 649.

<sup>25</sup> World Health Organization, (2016), *Advancing the right to health: the vital role of law*, License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>26</sup> Chichevalieva S., (2011), *Developing a Framework for Public Health Law in Europe*, WHO.

წორებისა და სამართლიანობის ზოგად პრინციპებთან.

ნაშრომის - სამედიცინო სამართალი და ეთიკა<sup>27</sup> მიზანია, ვხედავდეთ და ვაკავშირებდეთ სამედიცინო ეთიკისა და სამედიცინო სამართლის კავშირს, სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებისთვის. ავტორს მიაჩნია, რომ ბიოეთიკის ცოდნა, რომელიც, როგორც დისციპლინა, ეხება ეთიკის საკითხებს და ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობის ცოდნა, როგორც იურიდიული დისციპლინის, ისევე ზოგადად სამედიცინო საქმიანობის შესწავლას, იწვევს ჯანდაცვის პროფესიონალის ინფორმირებულობას ადამიანის უფლებების შესახებ. ეს არის გზავნილი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, რომ საჭიროა ეთიკური პრინციპების მიღება და სამედიცინო სამართლის ცოდნა.

ამერიკული ბიოეთიკა: ადამიანის უფლებების გადაკვეთა და ჯანდაცვის სამართლის საზღვრები<sup>28</sup>, რომელიც მოგვითხრობს ეთიკისა და ჯანდაცვის სამართლის ურთიერთკავშირზე. ასევე, მათი განვითარების ისტორიასა და მათ მნიშვნელოვნებაზე. თუ რა როლი აქვს ჯანდაცვის ეთიკასა და სამართალს ადამიანების უფლებებთან მიმართ.

სტატიაში პოლონეთში სამედიცინო სამართლის განვითარება და მიღწევები: 1989-2003<sup>29</sup> - წარმოდგენილია პოლონეთში სამედიცინო სამართლის განვითარების და მიღწევების მოკლე მიმოხილვა, სოციალისტური სისტემის დაცემის შემდეგ. სტატიის თანახმად, დაინტერესებულ წრეებში, განსაკუთრებით იურისტებსა და სამედიცინო პროფესიებში, მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო სამართლის ცოდნა.

აღსანიშნავია ჟურნალ „ლანცეტში“ გამოქვეყნებული სტატია - ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი სამართლებრივი ფაქტორები: კანონის ძალაუფლების გამოყენება გლობალური ჯანმრთელობისა და მდგრადი განვითარებისათვის<sup>30</sup>, რომლის მიზანია გლობალური ჯანმრთელობის სფეროში კანონის როლის დამაჯერებელი ხედვის ჩამოყალიბება. ამ მოხსენებაში განმარტებულია ძირითადი იურიდიული კონცეფციები, რომლებიც გვთავაზობს მნიშვნელოვან გზებს, რომ სამართალი შეიძლება გამოიყენოს ჯანმრთელობისა და სამართლიანობის ასამაღლებლად - არა იურიდიული მეცნიერების აუდიტორიისთვის, არამედ გლობალური ჯანდაცვის საზოგადოებისთვის. აღნიშნულია, რომ კანონი ჯანმრთელობის ძირითად დეტერმინანტს წარმოადგენს.

აქვე უნდა აღინიშნოს სტატია - კანონი, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაცვის ინსტრუმენტი: ყოველთვის ჩვენი საუკეთესო ინტერესებიდან გამომდინარე<sup>31</sup>. ასევე, ნაშრომი სამართალი, ჯანდაცვის სამართალი და ჯანდაცვის სამართლის მეცნიერება<sup>32</sup>, რომლებშიც განხილულია საკითხი ჯანდაცვის სამართლის როლის მნიშვნელოვნებაზე გლობალურ და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში.

კავშირი სამედიცინო სამართალსა და საუკეთესო სამედიცინო ეთიკას შორის<sup>33</sup>, საინტერესოდაა გადმოცემული სამართლისა და ეთიკის ურთიერთკავშირი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას. აღნიშნულია, რომ ხშირად განხილვისა და მსჯელობის საგანს წარმოადგენს, თუ რა არის „ლეგალური“ და რა - „ეთიკური“ სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას, რომ არის

<sup>27</sup> Ivanoc S., Stanojevic C., Jajic S., Vila A. & Nikolic S., *Medical Law and Ethics*, (2013). 67-72.

<sup>28</sup> Annas, G. J., (2005), *American Bioethics: Crossing Human Rights and Health Law, Boundaries*

<sup>29</sup> Pozdzioch S. (2003), *The Development and Achievements of Medical Law in Poland: 1989-2003*. 2003;22(4):613-25. PMID: 15074752.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15074752/>

<sup>30</sup> Gostin L. O., Monahan J. T., Kaldo J.r, DeBartolo M., Friedman E. A., Gottschalk K., et al., (2019), *The legal determinants of health: harnessing the power of law for*

*global health and sustainable development*, The Lancet Commission Volume 393, ISSUE 10183, P1857-1970.

<sup>31</sup> Martin R., *Public Health*, 2007 Nov;121(11):846-53. doi: 10.1016/j.puhe.2007.07.016.

<sup>32</sup> Wu C. (2013) *Law, Health Law and Science of Health Law*. In: Beran R. (eds) *Legal and Forensic Medicine*. Springer, Berlin, Heidelberg.

<sup>33</sup> Jackson E.,(2014), *The relationship between medical law and good medical ethics*, Department of Law, LSE, WC2A 2AE, London, UK.

შემთხვევები, როდესაც ეთიკური ნორმების დაცვა ექიმებისგან უფრო მეტს მოითხოვს, ვიდრე კანონის დაცვაა.

ყურადღებას გავამახვილებ ამერიკის ადვოკატთა ასოციაციის ჯანდაცვის სამართლის დეპარტამენტის მოხსენებაზე (2007წ)<sup>34</sup>, სამედიცინო-სამართლებრივი პარტნიორობის თაობაზე, რომელიც მიმართული იქნა დელეგატთა მიმართ და რეკომენდაციის სახეს ატარებს, რომლის მიზანია უფრო ხშირი და მჭიდრო თანამშრომლობის წახალისება ჯანდაცვის და სამართლის სპეციალისტებს შორის. რეკომენდაცია ხელს უწყობს სამედიცინო-სამართლებრივ პარტნიორობას, სადაც იურისტები ჯანდაცვის წარმომადგენლებთან ერთად მუშაობენ ისეთი საკითხების გადაჭრის გზებზე, რომლებიც გავლენას ახდენენ პაციენტის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე.

2021 წლის დეკემბერი - 2022 წლის იანვრის თვეებში, საქართველოში ჯანდაცვის სამართლის, როგორც ცალკე დისციპლინად დანერგვის საჭიროების დანახვის მიზნით, ჩატარებულ იქნა კვლევა - „საქართველოში ჯანდაცვისა და სამართლის სპეციალისტების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებასთან დაკავშირებით“<sup>35</sup>. საკვლევო თემის სპეციფიკიდან გამომდინარე, გამოყენებულ იქნა თვისობრივი კვლევის ჩაღრმავებული გამოკითხვის მეთოდი. გამოკითხულ იქნა 15 ინტერვიუერი: ჯანდაცვის სფეროს ექვსი წარმომადგენელი (მათ შორის იყვნენ სამედიცინო სფეროს პოლიტიკის შემქმნელი და დააწესებულ იქნა პირები, სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერულ პოზიციაზე დასაქმებული პირები და სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული გამოცდილი ექიმები), სამართლის სფეროს წარმომადგენლები (სამედიცინო სფეროს პოლიტიკის შემქმნელი ადმინისტრაციული ორგანოს იურისტები, სამედიცინო და-

წესებულების იურისტები და კერძო პრაქტიკის ადვოკატთა კვლევა, რომელთაც გამოცდილება აქვთ ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით), სამედიცინო სფეროს მარეგულირებელი ადმინისტრაციული ორგანოს წარმომადგენელი, გადაწყვეტილების მიმღები პირი, საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფის წარმომადგენელი ექიმთა დიპლომის შემდგომი მზადებისა და აკრედიტაციის მიმართულებით და საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფის წარმომადგენელი ექიმთა დიპლომის შემდგომი მზადებისა და აკრედიტაციის მიმართულებით (ინტერვიუერთა კითხვარი რვა შეკითხვას მოიცავდა).

ჩატარებული კვლევის ფარგლებში, გამოკითხულ ინტერვიუერთა ჯანდაცვის სამართლის, როგორც ცალკე დისციპლინის მიმართ ცოდნა-დამოკიდებულების შეფასებით გამოიკვეთა, რომ ხსენებული დისციპლინის მიმართ ინტერესი მატულობს და საჭიროა დარგის განვითარება.

ჯანდაცვის პროფესიონალების, ისევე როგორც ყოველი მოქალაქის, მოვალეობასა და ვალდებულებას წარმოადგენს, დაიცვას, როგორც კანონი, ასევე პროფესიული ეთიკის ნორმები. თუმცა მთელი რიგი შეუსაბამობები შეიძლება არსებობდეს იმის თაობაზე, თუ რა არის „კანონიერი“ და რა - „ეთიკური“ პაციენტის მკურნალობის პროცესში, რომელიც შესაძლოა, დამაბნეველი აღმოჩნდეს, როგორც ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, ასევე პაციენტებისთვისაც. გაურკვევლობის თავიდან ასაცილებლად, აუცილებელია, უზრუნველყოფილ იქნეს კანონმდებლობასთან ხელმისაწვდომობა და ამალდეს ცნობიერების დონე ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით, როგორც ჯანდაცვის, ასევე სამართლის სპეციალისტებს შორის.

მოყვანილ იქნა საზღვარგარეთის ქვეყნების პრაქტიკა ჯანდაცვის სამართლის მიმართულების დანერგვასთან დაკავშირებით, რამაც დაგ-

<sup>34</sup> AMERICAN BAR ASSOCIATION HEALTH LAW SECTION RECOMMENDATION (2007), <https://medical-legalpartnership.org/wp-content/uploads/2014/02/American-Bar-Association-MLP-Resolution.pdf>

<sup>35</sup> „Study of The Knowledge-Aattitude OF Health and Law Specialists in Georgia in the Field of Health Law“, N. Lashaberidze, G. Bakhturidze (2022წ), Doctoral Research in Public Health and Social Sciences, yerevan, September 12-13, 2022, ISBN 978-9939-65-256-6.



ვანახა, რომ დარგის განვითარება სასწავლო პროგრამებში ხსენებული დისციპლინის ინტეგრირებით ხდებოდა.

გამოიკვეთა, რომ ინტერვიუერთა (რაოდენობა 15) ცნობა-დამოკიდებულება ჯანდაცვის სამართლის, როგორც დამოუკიდებელი დისციპლინის მიმართ, საკმაოდ მაღალი, პოზიტიური და დარგის განვითარებისკენ მიმართულია.

დანახულ იქნა საქართველოში ჯანდაცვის სამართლის, როგორც ცალკე დისციპლინად დანერგვის საჭიროება. ასევე, დღის წესრიგში დადგა ჯანდაცვის სამართლის სპეციალისტების საჭიროების საკითხიც.

უცხოეთის პრაქტიკისა და საქართველოში ჩატარებული კვლევის ანალიზით, უნდა აღინიშნოს, რომ სტატიაში ჩამოთვლილ ქვეყნებში ჯანდაცვის სამართლის, როგორც დამოუკიდებელ დისციპლინად დანერგვა განათლების სისტემიდან იწყებოდა, როგორც მედიცინის, ასევე სამართლის დარგის წაარმომადგენლებში. დისციპლინის განვითარებას, ასევე ხელს უწყობდა ჩატარებული კვლევები. მაშინ როდესაც, უცხოეთის ქვეყნებში XVII-XX საუკუნეებიდან დაიწყო დარგის განვითარება, საქართველოში, დღემდე არ არის ქმედითი ღონისძიებები გატარებული, თუმცა ჩატარებულმა კვლევამ ამის საჭიროება ცალსახად დაგვანახა.

### რეკომენდაციები

უცხოეთის პრაქტიკამ და საქართველოში ჩატარებულმა კვლევა აჩვენებს „ჯანდაცვის სამართლის“ დარგის ცალკე გამოყოფის აუცილებლობას. საქართველოში, სხვა ქვეყნებისგან განსხვავებით მთელი რიგი ქმედითი ღონისძიებებია გასატარებელი რათა ჯანდაცვის სამართლის, როგორც დამოუკიდებელ დისციპლინად დანერგვა მოხდეს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გაანალიზების შედეგად, მნიშვნელოვანია:

1. ნათლად იქნა დანახული ჯანდაცვის სამართლის სპეციალისტების საჭიროება, რისთვისაც აუცილებელია, ქვეყანაში დაინერგოს საგანმანათლებლო პრაქტიკა, მინიმუმ სამედიცინო და სამართლის ფაკულტეტის სტუდენტები-

სთვის, ჯანდაცვის სამართლის კომპონენტის დამოუკიდებელი დისციპლინის სახით სასწავლო პროგრამაში ინტეგრირების (შესაბამისი სილაბუსის შემუშავებითა და კურსის ხანგრძლივობის განსაზღვრით) გზით, რომელიც ადაპტირებული და აღქმადი იქნება თითოეული მიმართულების სტუდენტისთვის.

2. საზვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილებიდან და პრაქტიკიდან გამომდინარე, ნათელია, რომ ქვეყნებმა ჯანდაცვის სამართლის მიმართულების განვითარება სტუდენტთა საგანმანათლებლო პროგრამაში ინტეგრირების გზით დაიწყეს, ჯერ კიდევ ათწლეულების წინ. შესაბამისად, ჯანდაცვის სამართლის სტუდენტთა საგანმანათლებლო სისტემაში ინტეგრირებისა და ცალკე დისციპლინად დანერგვის მიზნით, საჭიროა დამატებითი კვლევების ჩატარება, როგორც უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებში (სამედიცინო და სამართლის მიმართულებით), ასევე მოქმედ ადვოკატებსა და ექიმებს შორის. ასევე, საჭიროა ადმინისტრაციულმა ორგანოებმა (განათლებისა და ჯანდაცვის სფეროში, კომპეტენციის ფარგლებში) შეიმუშაონ სწავლების შესაბამისი მოდელი. ამასთან, მიზანშეწონილია, ქვეყანაში დაინერგოს გაცვლითი საგანმანათლებლო პროგრამა, ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით, რომელიც ჯანდაცვის და სამართლის სპეციალისტებს ცოდნის გაღრმავების საშუალებას მისცემს, რაც საერთაშორისო პრაქტიკასა და გამოცდილებაზე წვდომას გაზრდის და ხელს შეუწყობს თანამედროვე პრაქტიკის განვითარებას.

3. უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის სამართლის სპეციალისტის ინსტიტუტის დანერგვით ხელი შეეწყობა საზოგადოებრივ კეთილდღეობას, ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებას.

4. საჭიროა ასოციაციების და სასწავლო დაწესებულებების გააქტიურება პაციენტთა და ექიმთა ცნობიერების ამაღლების ნაწილში საკუთარი უფლება-მოვალეობების თაობაზე ტრენინგებისა და სემინარების დაგეგმვის გზით.

5. აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში არ ტარდება კვლევები ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით. ემპირიული კვლევა ჯანდაცვის სამართლის მიმართულებით დადებით ზეგავლენას

ნას ახდენს პოლიტიკაზე. თეორიული პროგნოზებისა და ვარაუდების ემპირიული კვლევა ზრდის, როგროც ნდობას კანონმდებლობის მიმართ ასევე, პოლიტიკის წინადადების ეფექტურობასაც. შესაბამისად, აუცილებელია კვლევების ჩატარება ჯანდაცვის სამართლის მიმარ-

თულებით, რაც თავის მხრივ გაზრდის ნაშრომებისა და სტატიების ხელმისაწვდომობას ქართულ ენაზე და შექმნის სამეცნიერო ნაშრომების ბაზას, რაც დღეის მდგომარეობით დეფიციტურია საქართველოში.

# მტკიცების ტვირთის ანალიზი სამედიცინო დავებში ქართული, ინგლისური და ამერიკის შეერთებული შტატების სამართლის მიხედვით

ანა კვანტალიანი

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დოქტორანტი

## I. შესავალი

ექიმის საქმიანობას ისევე, როგორც ნებისმიერ სხვა პროფესიას, თან სდევს შეცდომები, რომელთაგან დაზღვეული არც ერთი პროფესიის წარმომადგენელი არ არის, მაგრამ სამედიცინო პერსონალისთვის შეცდომის საზღაური ადამიანისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ღირებულებები - სიცოცხლე და ჯანმრთელობაა.

სამედიცინო საქმიანობა მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე საპასუხისმგებლოდ მიიჩნევა, რაც მოითხოვს სამედიცინო პერსონალისგან კომპეტენტურობას, კეთილსინდისიერებას, პატიოსნებასა და საიმედოობას.

ჰარვარდის უნივერსიტეტის კვლევის მიხედვით, მსოფლიოში ყოველწლიურად სამედიცინო დაუდევრობის გამო 43 მილიონი ადამიანი ზიანდება, საიდანაც 17 მილიონი შემთხვევა - განვითარებულ, ხოლო 26 მილიონი კი განვითარებად ქვეყნებში ხდება.<sup>1</sup>

სამწუხაროდ, საქართველოში სამედიცინო შეცდომები სტატისტიკურად არ აღირიცხება. საინტერესოა საქართველოს მდგომარეობა, როდესაც, მაგალითად, აშშ-ში, სადაც მედიცინა ყველაზე მეტადაა განვითარებული, 2014 წელს სამედიცინო შეცდომები სიკვდილის გამომწვევ მიზეზთაგან მესამე ადგილას დასახელდა გულ-სისხლძარღვთა და სიმსივნური დაავადებების შემდეგ. სამედიცინო რეგულირების სააგენტოს მონაცემებით, პროფესიული განვითარების სა-

ბჭომ 2019 წელს 204 ექიმს დააკისრა პროფესიული პასუხისმგებლობა, ხოლო 2020 წელს - 134 ექიმს.<sup>2</sup> 2016 - 2019 წლებში უზენაესმა სასამართლომ განიხილა 8 სამედიცინო შეცდომის დავა.<sup>3</sup> მოცემული სტატისტიკური მონაცემები პარადოქსულია იმ ფონზე, როცა საზოგადოებაში ხშირად ვრცელდება ინფორმაცია სამედიცინო შეცდომების ცალკეული შემთხვევების შესახებ. ეს მოიცავს როგორც არასწორად დასმულ დიაგნოზსა და მკურნალობას, ისე ფატალურად დასრულებულ შემთხვევებს. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში დაბალია პაციენტთა საჩივრების რაოდენობა, ეს რიცხვი რეალურ სურათს არ ასახავს და სავარაუდოა, რომ დაზარალებულები სხვადასხვა მიზეზის გამო (უიმედობა, დაუსჯელობის შეგრძნება, ინფორმაციის არქონა) ოფიციალურად არ აფიქსირებენ უკმაყოფილებას. თუმცა, გახმაურებული შემთხვევები ნათლად მიუთითებს პრობლემის მასშტაბურობაზე.

სამედიცინო დავებში მთავარ გამოწვევად რჩება სამედიცინო შეცდომის შედეგად მიყენებული ზიანის ანაზღაურება. აღნიშნული გამომდინარეობს როგორც სამედიცინო სფეროს კომპლექსურობიდან, ასევე მტკიცებულებების სპეციფიკური ხასიათიდან. პაციენტის უფლებების ეფექტურად დაცვისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მტკიცების ტვირთის

<sup>1</sup> T. Dazz, Millions harmed each year from unsafe medical care, Harvard School of Public Health, 2013.

<sup>2</sup> <https://www.radiotavisupleba.ge/a/31195475.html>, [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>3</sup> კვანტალიანი, სამედიცინო მომსახურებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების კანონით დადგენილი წინაპირობების ასახვა ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში, საქართველოს ადვოკატთა ასოციაციის ჟურნალი „ჩემი ადვოკატი“, ნომერი III, 2020.

განაწილების საკითხს.<sup>4</sup> ქართულ სასამართლო პრაქტიკაშიც დღემდე არ არის გარკვეული ბრუნდება თუ არა ექიმის პასუხისმგებლობის მტკიცების ტვირთი ექიმის საწინააღმდეგოდ. მოიპოვება გადაწყვეტილებები, რომლებიც საკითხს როგორც ერთი, ასევე მეორე მიმართულებით წყვეტს.<sup>5</sup>

მტკიცების ტვირთის განაწილებასთან დაკავშირებით, არაერთგვაროვანია როგორც იურიდიულ ლიტერატურაში გამოთქმული მოსაზრებები, ასევე სასამართლოების მიდგომა, მაშინ, როცა მტკიცების ტვირთის სწორად განაწილება დამოკიდებული მტკიცების სუბიექტთა მატერიალურსამართლებრივი უფლებების სწორად რეალიზაცია.<sup>6</sup> მტკიცების ტვირთის მხარეთა შორის არასწორი განაწილების შედეგია, ხშირ შემთხვევაში, მცდარი გადაწყვეტილების მიღება. ტრადიციული მიდგომა, რომლის მიხედვითაც მოსარჩელეა ვალდებული ამტკიცოს მართლსაწინააღმდეგოდ, ბრალეული, ზიანის მომტანი ქმედება და მიზეზობრივი კავშირი სამედიცინო დავებში, დროთა განმავლობაში იცვლება განვითარებულ ქვეყნებში, მათ შორის, ინგლისსა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში. სასამართლოები თანხმდებიან, რომ საჭიროა გარკვეული გადახვევები მტკიცებულებათა და საპროცესო წესებთან დაკავშირებით, თუმცა გასული ათწლეულის იურისპრუდენცია მიუთითებს კონსენსუსის ნაკლებობაზე ამ მიზნის მიღწევის ზუსტ მეთოდებთან დაკავშირებით.<sup>7</sup>

წინამდებარე ნაშრომი იკვლევს სამედიცინო შეცდომის არსს, სამედიცინო შეცდომისათვის პასუხისმგებლობის მნიშვნელოვან საკითხებს და რაც მთავარია, ანალიზებს ქართულ და უცხოურ სასამართლო პრაქტიკას მტკიცების ტვირთის განაწილების ჭრილში. შედარებისათვის ძირითადად განიხილულია ინგლისისა და აშშ-ს სასამართლოების გადაწყვეტილებები და იურიდიული ლიტერატურა. დამატებით, მი-

მოხილულია გერმანიის, სლოვენისა და სხვა ქვეყნების მაგალითებიც.

ნაშრომში საუბარი იქნება სახელშეკრულებო და დელიქტურ მოთხოვნებზე ექიმის წინააღმდეგ. გაანალიზდება მტკიცების სტანდარტი როგორც ქართულ, ასევე ზემოხსენებული ქვეყნების სამართლებრივ პრაქტიკაში და განხილულ იქნება მტკიცების ტვირთის შებრუნების ცალკეული საფუძვლები.

## II. სახელშეკრულებო მოთხოვნები ექიმის წინააღმდეგ (სსკ 394 მუხლი)

### 1. ვალდებულების წარმოშობა

ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის ურთიერთობა წარმოიშობა სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების დადებით, რომელიც შეიძლება გაფორმდეს როგორც წერილობით, ასევე ზეპირად.

ინგლისურ სასამართლო პრაქტიკაში ხელშეკრულება ზეპირად დადებულად ჩაითვლება ურთიერთობის ფაქტობრივი დაწყების მომენტიდან.<sup>8</sup> ანალოგიურია აშშ-ს მიდგომა, ხშირ შემთხვევაში, ექიმთან მისული პაციენტი წინასწარ არ დებს ხელშეკრულებას, მაგრამ პირველივე კონსულტაცია, პაციენტის გასინჯვა და ყოველი შემდგომი მანიპულაცია უკვე წარმოშობს ორმხრივ ვალდებულებებს.<sup>9</sup> უფრო მეტიც, სამედიცინო ურთიერთობა წარმოშობილად ითვლება პაციენტთან სატელეფონო კონსულტაციის გაცემის დროსაც,<sup>10</sup> ხოლო გადაუდებელ შემთხვევებში ექიმს სამედიცინო მომსახურების განხორციელების ვალდებულება პაციენტის დანახვისთანავე წარმოეშობა.<sup>11</sup>

ქართულ სამართალში, ხელშეკრულებით მხარის მიერ ვალდებულების დარღვევისას გამოიყენება ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის ზოგადი საფუძველი - სსკ-ს 394-ე მუხლი.

ქართული სასამართლო პრაქტიკა სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულებას განიხი-

<sup>4</sup> გაბისონია, მცდარი სამედიცინო ქმედებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, (სამაგისტრო ნაშრომი), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2019, 2.

<sup>5</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 1.

<sup>6</sup> თოდრია, ფაქტობრივი გარემოებების მნიშვნელობა საკასაციო სასამართლოში, (სადისერტაციო ნაშრომი) თბილისი, 2010, 176.

<sup>7</sup> A. Mecs, Medical Liability and the Burden of Proof: An Analysis of Recent Quebec Jurisprudence, McGill Law Journal, Vol.16:1, 1970.

<sup>8</sup> <https://doctorsdefenceservice.com/contract-law-for-doctors/> [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>9</sup> Dougherty v., Gifford.

<sup>10</sup> Wheeler v., Yettie Kersting Memorial Hospital.

<sup>11</sup> V. Blake, JD, MA, When Is a Patient-Physician Relationship Established?, AMA Journal of Ethics, Chicago, 2012.

ლავს, როგორც სამოქალაქო კოდექსის 629-ე და შემდეგ მუხლებით გათვალისწინებულ ნარდობის ხელშეკრულებას, რაც წინააღმდეგობაშია ასევე დამკვიდრებულ სასამართლო პრაქტიკასთან: უშედეგო მკურნალობა ან მკურნალობის უარყოფითი შედეგი თავისთავად არ იწვევს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას. ზიანი გამოწვეული უნდა იყოს მკურნალობისას დაშვებული შეცდომებით, ანუ თუ მკურნალობა სწორადაა წარმართული, თუნდაც მას უარყოფითი შედეგი მოჰყვეს, არ იწვევს ექიმის პასუხისმგებლობას.<sup>12</sup>

ქართული მიდგომისგან განსხვავებით, გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი ექიმს/სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის ურთიერთობას მომსახურების ხელშეკრულების ფარგლებში აქცევს. გერმანიის სამოქალაქო კოდექსში ცალკე თავი ეთმობა სამედიცინო ურთიერთობების მოწესრიგებას (§630a - §630h).<sup>13</sup> აღნიშნული თავი კოდექსს 2013 წელს დაემატა, მას წინ უსწრებდა „პაციენტის უფლებების შესახებ აქტი,“ რომელიც განამტკიცებს გამჭვირვალობისა და სამართლებრივი განსაზღვრულობის პრინციპებს გერმანულ სამედიცინო სამართალში. მოცემული აქტი და სამოქალაქო კოდექსში გაერთიანებული მუხლების უმეტესობა გერმანულ სასამართლო პრაქტიკაში დაგროვილი საკითხების გათვალისწინებით შეიქმნა.<sup>14</sup>

საკანონმდებლო ცვლილებების შედეგად, გერმანიის სამოქალაქო კოდექსს დაემატა მკურნალობის ხელშეკრულების ცნება (§630a

„Behandlungsvertrag“), რომლითაც ხელშეკრულების ორივე მხარის ვალდებულებები დადგინდა, კერძოდ, ექიმი ვალდებულია პაციენტს გაუწიოს მომსახურება, რომელიც არის ქვეყანაში სახელმწიფო სტანდარტებით რეგულირებული, ხოლო პაციენტი ვალდებულია გადაიხადოს შესაბამისი საფასური, თუკი მესამე მხარეს არ აკისრია მისი გადახდის ვალდებულება. მესამე მხარეში იგულისხმება სადაზღვევო კომპანია.<sup>15</sup> გსკ-ს §630h მუხლი გარკვევით განმარტავს, რომ მკურნალობის ხელშეკრულება რეგულირდება მომსახურების ხელშეკრულებით გათვალისწინებული წესებით.<sup>16</sup>

მაშინ, როდესაც ნარდობის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულია შეთანხმება შედეგზე, მომსახურების გაწევის ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულება მომსახურების დადგენილი სტანდარტებით განხორციელებაშია და არა შედეგში. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების სწორი კვალიფიკაცია არსებით გავლენას ახდენს მოთხოვნის ფორმირებასა და მის სამართლებრივ შედეგზე.<sup>17</sup>

## 1.1 ხელშეკრულების მხარეები

სამედიცინო დავებში, ხელშეკრულებით მხარეები არიან ერთი მხრივ, პაციენტი ან პაციენტის ნათესავები. პაციენტი გულისხმობს ნებისმიერ პირს, რომელიც მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით.<sup>18</sup> ზიანის

<sup>12</sup> კვანტალიანი / რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 3.

<sup>13</sup> BGB, Untertitel 2, Behandlungsvertrag.

<sup>14</sup> I. Vogel, German Patients' Rights Act, International Association of Law Libraries, 2013.

<sup>15</sup> BGB, §630a (1) მკურნალობის ხელშეკრულება ავალდებულებს მხარეს, რომელიც თანახმაა უზრუნველყოს პაციენტის (მკურნალი მხარის) სამედიცინო მკურნალობა, უზრუნველყოს დაპირებული მკურნალობა, ხოლო მეორე მხარეს (პაციენტს) ავალდებულებს გადაიხადოს შეთანხმებული ანაზღაურება, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მესამე მხარე არის ვალდებული განახორციელოს გადახდა. (2) თუ სხვაგვარად არ არის შეთანხმებული, მკურნალობა უნდა ჩატარდეს იმ სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად, რომლებიც ზოგადად აღიარებულია მკურნალობის დროს.

<sup>16</sup> BGB, § 611. მომსახურების ხელშეკრულება ეს არის ორმხრივი ხელშეკრულება, რომლის მიხედვითაც, ერთი მხარე (მომსახურების გამწევი) ვალდებულია შეპირებული მომსახურების გაწევაზე, ხოლო მეორე მხარე (მომსახურების მიმღები) შეთანხმებული ანაზღაურების გადახდაზე.

<sup>17</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 1

<sup>18</sup> კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 4. პაციენტის ცნება განმარტებულია სხვა კანონებშიც. კერძოდ, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად, პაციენტი არის პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს სამედიცინო დახმარებით (მე-3 „რ“ მუხლი); ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ საქართველოს კანონში პაციენტის ცნება განმარტდება, როგორც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი, რომელიც სარგებლობს ფსი-

ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება აქვს როგორც პაციენტს, ასევე მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.<sup>19</sup>

ხელშეკრულების მეორე მხარე, როგორც წესი, არის სამედიცინო დაწესებულება. მკურნალი ექიმი დამოუკიდებლად მხოლოდ მაშინ შეიძლება იყოს მოპასუხე, თუ იგი დამოუკიდებელ სამედიცინო პრაქტიკას მისდევს. მაშასადამე, კლინიკაში მკურნალობის შედეგად მიყენებული ზიანისას პასუხისმგებელი მხარეა არა კლინიკაში მომუშავე ექიმი, არამედ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია, რადგან მკურნალობაზე ხელშეკრულების მხარე არის სამედიცინო დაწესებულება. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულება პასუხს აგებს სსკ-ს 37(1) („ზიანის ანაზღაურება“) და სს-ს 396 („მოვალის პასუხისმგებლობა მისი წარმომადგენლის მოქმედებისათვის“) მუხლების საფუძველზე. გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია პასუხისმგებლობა სსკ-ს 997 („სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებისას მიყენებული ზიანის ანაზღაურება“) მუხლის საფუძველზეც.<sup>20</sup>

სსკ-ში სამედიცინო დაწესებულების ცნება განმარტებული არ არის. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულება არის საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი (სამეწარმეო ან არასამეწარმეო იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას.<sup>21</sup> იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო შეცდომა, სავარაუდოდ, დაშვებულია სახელმწიფოს 100% წილობრივი მონაწილეობით დაფუძნებული სამედიცინო დაწესებულების მიერ, დავის მოპასუხე

მხარე იქნება სამედიცინო დაწესებულება, როგორც კერძოსამართლებრივი სუბიექტი (შპს ან სს) და დავა განიხილება არა 1005-ე მუხლით („სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სახელმწიფო და საჯარო მოსამსახურეთა მიერ მიყენებული ზიანისათვის“), არამედ სსკ-ს 1007-ე მუხლითა და სხვა შესაბამისი მუხლების მიხედვით.<sup>22</sup>

## 2. ვალდებულების დარღვევა

### 2.1 სამედიცინო შეცდომის ცნება

აშშ-სა და ინგლისში, ექიმის მიერ ვალდებულების დარღვევაზე საუბრისას, პირველ რიგში, უნდა დადგინდეს, რომ ექიმს ჰქონდა ზრუნვის ვალდებულება პაციენტის მიმართ, რომ აღნიშნული ვალდებულება დაირღვა და მისი პირდაპირი შედეგია პაციენტისათვის მიყენებული ზიანი.<sup>23</sup>

ვალდებულების დარღვევად, უპირველეს ყოვლისა, ითვლება სამედიცინო შეცდომის დაშვება.<sup>24</sup> სამედიცინო შეცდომის ცნებები ქართულ კანონმდებლობაში სპორადულადაა გაბნეული სხვადასხვა ნორმატიულ აქტსა თუ სასამართლო გადაწყვეტილებაში და იგი მოიხსენიება განსხვავებული ტერმინებით: „პროფესიული შეცდომა“, „სამედიცინო შეცდომა“, „სამედიცინო გადაცდომა“, „მცდარი სამედიცინო ქმედება“ და „საექიმო შეცდომა.“

ყველა ტერმინი მეტნაკლებად ერთი და იმავე შინაარსის გამომხატველია, თუმცა თითოეული მათგანი სხვადასხვაგვარადაა ფორმულირებული შესაბამის კანონსა თუ კანონქვემდებარე აქტში. მაგალითად, ტერმინი „პროფესიული შეცდომა“ მოხსენიებულია „საექიმო საქმი-

ქიატრიული დახმარებით (მე-4 „ბ“ მუხლი), რაც გულისხმობს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომლის მიზანია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის გამოკვლევა, მკურნალობა და დაავადების გამწვავების თავიდან აცილება, მისი სოციალური ადაპტაციისა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობა (მე-4 „გ“ მუხლი). ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად, პაციენტი არის პირი (საქართველოს მოქალაქე, უცხოელი საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ შემთხვევაში, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირი), რომლის მდგომარეობა შესაბამისმა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელმა განსაზღვრა, როგორც ფილტვის ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევა ან ფილტვის ტუბერკულოზის დადასტურებული შემთხვევა (მე-4 „ვ“ მუხლი).

<sup>19</sup> საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 10.

<sup>20</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 4.

<sup>21</sup> საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მუხლი 53 (1).

<sup>22</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციული და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის 2004 წლის 23 სექტემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე #bs-205-172-k-04.

<sup>23</sup> D. Bryden, FRCA LLB (Hons) MML, Storey I. LLB (Hons), Duty of care and medical negligence, Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain j Volume 1, 2011, 124.

<sup>24</sup> <https://sobolaw.com/medical-malpractice/what-does-it-mean-when-doctors-breach-duty-of-care/>, [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

ანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში და განმარტება, როგორც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ პროფესიული საქმიანობის ფარგლებში დაშვებული შეცდომა, რომლის შედეგად პაციენტს ქონებრივი ან არაქონებრივი ზიანი მიადგა.<sup>25</sup>

„სამედიცინო შეცდომა“ და „სამედიცინო გადაცდომა“ განმარტებულია საქართველოს მთავრობის დადგენილებით და გულისხმობს, პირველ შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ უნებლიე შეცდომით გამოწვეულ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას ან სიკვდილს, რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო; ხოლო, მეორე შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ქმედებით, უმოქმედობით ან გულგრილობით გამოწვეულ პროფესიულ შეცდომას, რომელმაც გამოიწვია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი და რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო („სამედიცინო გადაცდომა“).<sup>26</sup>

სამედიცინო შეცდომა, ასევე, მოიხსენიება, როგორც „მცდარი სამედიცინო ქმედება“ და განმარტება, როგორც ექიმის მიერ უნებლიეთ პაციენტის მდგომარეობისთვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა.<sup>27</sup>

კიდევ ერთი ტერმინი, რომელიც მსგავსი შემთხვევის აღწერისას გამოიყენება, არის „საექიმო შეცდომა“, რომელიც საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მიერ განმარტება, როგორც „ექიმის მიერ საზოგადოდ აღიარებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების, კანონმდებლობით განსაზღვრული წესების დარღვევა, რამაც განაპირობა პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც, თა-

ვის მხრივ, პაციენტისთვის ზიანის მიყენების უშუალო მიზეზი გახდა.“<sup>28</sup>

ხუთივე ტერმინიდან ძირითადი ელემენტების ამოღების, გაანალიზებისა და შეკავშირების შედეგად, შესაძლოა ერთიანი დეფინიციის ჩამოყალიბება, კერძოდ: სამედიცინო შეცდომა არის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ უნებლიეთ საზოგადოდ აღიარებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების დარღვევა, რაც პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა.<sup>29</sup>

გერმანულ დოქტრინასა და კანონმდებლობაში დამკვიდრებულია ერთი საერთო ტერმინი - „ექიმის მიერ მკურნალობისას დაშვებული შეცდომა“, რომლის არსი და დეფინიციაც ეფუძნება საექიმო ყურადღებისა და მზრუნველობის დარღვევას.<sup>30</sup> „ექიმის მიერ მკურნალობისას დაშვებული შეცდომა“ განმარტება, როგორც „ნეგატიური გადახვევა საექიმო სავალდებულო სტანდარტიდან.“<sup>31</sup> გერმანიის მედიცინის ხარისხის ცენტრი კი განმარტავს, როგორც „დასახული გეგმის ჩავარდნას ან მიზნის მისაღწევად არასწორი გეგმის დასახვას.“<sup>32</sup>

ინგლისური კანონმდებლობით, კლინიკური/სამედიცინო დაუდევრობაა მაშინ, როდესაც ექიმი ან სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალი არღვევს პაციენტისადმი ზრუნვის მოვალეობას, რაც იწვევს ფიზიკურ ან/და ფსიქიკურ ზიანს და ტანჯვას. კლინიკური დაუდევრობა შეიძლება იყოს სერიოზული და ზოგჯერ კატასტროფულიც კი მსხვერპლისთვის.<sup>33</sup> აშშ-ში კი სამედიცინო შეცდომა განისაზღვრება, როგორც ექიმის ნებისმიერი ქმედება ან უმოქმედობა პაციენტის მკურნალობისას, რომელიც გადახრილია სამედიცინო საზოგადოებაში მიღებული პრაქტიკისგან და იწვევს პაციენტის დაზიანებას.<sup>34</sup>

<sup>25</sup> საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 97.

<sup>26</sup> საქართველოს მთავრობის დადგენილება #177 სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ, 2012.

<sup>27</sup> საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 3.

<sup>28</sup> მოწონელიძე, 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.

<sup>29</sup> ორაზროვნების თავიდან ასარიდებლად, ნაშრომში გამოყენებული იქნება ტერმინი „სამედიცინო შეცდომა“, რომელიც მოიცავს ყველა ზემოხსენებულ ტერმინს ერთობლივად (ავტორის შენიშვნა).

<sup>30</sup> P. Zimmermann, Der ärztliche Behandlungsfehler, Diplomarbeit, Medical University of Graz, 2010, 6.

<sup>31</sup> B. Klemp, Im Arzthaftungsprozess zählt die Beweislast, Bürgerportal in GL, 2019.

<sup>32</sup> Glossar Qualitätssicherung, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

<sup>33</sup> <https://bit.ly/3PjCLhK> [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>34</sup> <https://bit.ly/3zaZbwa> [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

## 2.2 სამედიცინო სტანდარტები

ექიმის მიერ ვალდებულების დარღვევაზე საუბრის დროს ამოსავალი წერტილია მოქმედი სამედიცინო სტანდარტებისგან გადახვევა. „სტანდარტი“ არის დადგენილება, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ეფუძნება აღიარებულ ლიტერატურულ წყაროებსა და მეცნიერულ მტკიცებულებებს. სამედიცინო დაწესებულებაში „სტანდარტის“ ცნება ხშირად გულისხმობს ტექნიკურ რეგლამენტს, პრაქტიკულ სახელმძღვანელოს, გაიდლაინს, კლინიკურ ოქმს, ადმინისტრაციული პროცედურების ან სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების აღწერას, პროდუქტების ჩამონათვალს და აღწერილობას, ასევე შესრულების თანმიმდევრობის დეტალურ აღწერას და წესებს.<sup>35</sup> ამ კონტექსტში შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ტერმინი „მკურნალობის პროტოკოლიც.“<sup>36</sup>

გერმანიის სამოქალაქო კოდექსში მკურნალობის ხელშეკრულების თავის ჩამატების შემდეგ, ექიმის მიერ განსახორციელებელ ვალდებულებათა წრე ერთიანი, სისტემატიზებული სახით ჩამოყალიბდა. ვალდებულება აღწერილია „შეპირებული მედომსახურების“ გაწევის ვალდებულებად, რაც გულისხმობს ანამნეზს, გამოკვლევასა და დიაგნოზს, ისევე, როგორც თავად თერაპიასა და პოსტთერაპიულ პერიოდში ზედამხედველობას.<sup>37</sup>

## 2.3 ექიმის სხვა ვალდებულებები

ექიმს ასევე ეკისრება პაციენტის ინფორმირების ვალდებულება: მან უნდა ჩააყენოს პაციენტი საქმის კურსში იმასთან დაკავშირებით, თუ რა ტიპის თანაქმედებაა საჭირო პაციენტის მხრიდან მკურნალობის წარმატებით დასრულებისათვის და მიაწოდოს მას ინფორმაცია მკურნალობის ხარჯებთან დაკავშირებით. ამასთანავე, ექიმმა პაციენტი უნდა გაარკვიოს და

გაათვითცნობიეროს დაგეგმილი სამედიცინო ჩარევიდან გამომდინარე რისკებსა და სარგებელში და სავარაუდო ალტერნატიული მკურნალობის მეთოდებში. აუცილებელია ექიმმა ყველა საკითხთან დაკავშირებით მიიღოს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა. ექიმის ვალდებულებაა, ასევე, სამედიცინო დოკუმენტაციის სათანადო წესით შედგენა.<sup>38</sup>

საგულისხმოა, რომ არაკომპეტენტურობა ანუ ექიმის მიერ მკურნალობის უახლესი სტანდარტების არცოდნა, რომელიც გამოწვეულია არასათანადო სამედიცინო განათლებით ან განგრძობადი განათლების არქონით, ითვლება ვალდებულების დარღვევად. ექიმის მიერ ვალდებულების დარღვევად ჩაითვლება ისიც, როდესაც იგი არ ამართლებს თავის განათლებას და კვალიფიკაციას და არ იცის თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერება.<sup>39</sup>

გერმანული სამართლის მიდგომით, ექიმის არაკომპეტენტურობა მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სამედიცინო შეცდომის დადგენას, მიუხედავად იმისა, რომ მიზეზობრივი კავშირი ექიმის ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის შესაძლოა გამოკვეთილი არ იყოს. გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის §630 h მე-4 პუნქტის მიხედვით, თუ მკურნალი მხარე არ იყო კვალიფიციური განეხორციელებინა მკურნალობა, რომელიც მან ჩაატარა, ივარაუდება, რომ კვალიფიკაციის ნაკლებობა იყო ზიანის წარმოშობის მიზეზი, რომელიც გამოიხატა სიცოცხლის მოსპობაში, კიდურის ფუნქციის მოშლაში ან/და ჯანმრთელობის დაზიანებაში.<sup>40</sup>

შესაბამისად, ექიმმა უნდა მიიღოს ისეთი გადაწყვეტილებები და განახორციელოს ისეთი ღონისძიებები, რომლებიც მოქმედ სამედიცინო სტანდარტებს არ ეწინააღმდეგება და ვალდებულია იმოქმედოს ისე, როგორც ეს მოსალოდნელია კეთილსინდისიერი და გამოცდილი სპეციალისტისაგან.<sup>41</sup>

<sup>35</sup> ყაზახაშვილი, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2019, 134.

<sup>36</sup> საქართველოს მთავრობის დადგენილება #177 სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესების დამტკიცების შესახებ, 2012.

<sup>37</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართ-

ლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 5.

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2018 წლის 30 ივლისის გადაწყვეტილება საქმეზე N ას-1124-1044-2017.

<sup>40</sup> BGB, § 630h.

<sup>41</sup> Beschluss des Erweiterten Präsidiums der DGAI vom 20.11.2014 sowie von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 15.12.2014. Behandlungsqualität und Patientensicherheit: Eckpunkte zur ärztlich-personellen Ausstattung anästhesiologischer Arbeitsplätze in Krankenhäusern, 145.



**2.4 ექიმის პროფესიული დამოუკიდებლობა**

სამედიცინო სტანდარტების დაცვა წინააღმდეგობაში არ მოდის ექიმის პროფესიული დამოუკიდებლობის პრინციპთან. დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას არის თავისუფალი და დამოუკიდებელი.<sup>42</sup> მკურნალობის თავისუფლების ფარგლებში, ექიმს აქვს მინიჭებული უფლება თავად, თავისუფლად გადაწყვიტოს რომელ მეთოდს მიიჩნევს მიზანშეწონილად.<sup>43</sup> თუმცა, ექიმმა არ უნდა დაივიწყოს, რომ „მკურნალობის თავისუფლება“ არ გულისხმობს მკურნალობის თვითნებობას. თავისუფლება ექიმს არ ათავისუფლებს ბრუნვაში დამკვიდრებული ყურადღებისა და მზრუნველობის ვალდებულებისაგან.

ექიმსა და პაციენტს შეუძლიათ ინდივიდუალური შეთანხმების საფუძველზე გადაუხვიონ პროფესიულ სტანდარტს, რადგან ექიმის შებოჭვა მხოლოდ აღიარებული პროფესიული სტანდარტით შეზღუდავდა თერაპიის თავისუფლებას, ისევე, როგორც პაციენტთა კერძო ავტონომიას. აღნიშნული არ ითვლება სამედიცინო შეცდომად, მთავარია სტანდარტებისგან გადახვევა წინააღმდეგობაში არ მოდიოდეს კანონთან ან მორალთან (სსკ-ს 54-ე მუხლი).<sup>44</sup>

გერმანიის ფედერალური სასამართლოს მითითებით, ექიმმა მკურნალობის დროს, საექიმო საქმიანობის თავისუფლების ფარგლებში, უნდა იხელმძღვანელოს დამკვიდრებული სპეციალური საექიმო სტანდარტით, თავისი ცოდნისა და რწმენის შესაბამისად. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, ექიმმა დიდი სიფრთხილით უნდა აწონ-დაწონოს და-

მოკიდებულება არჩეული მეთოდის შანსსა და რისკს შორის. თუ მეთოდებს შორის ექიმს აქვს არჩევნის საშუალება, მან უნდა აირჩიოს წარმატების მისაღწევად ყველაზე უკეთესი, ხოლო თუ ისინი ერთმანეთის ეკვივალენტურია, უნდა აირჩიოს ის, რომელიც ნაკლები რისკის შემცველია. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საექიმო საქმიანობის თავისუფლების ზღვარი, პირველ ყოვლისა, გადის იქ, სადაც ექიმისთვის ნათელია, რომ მის მიერ არჩეული თერაპიული მეთოდი ჩამორჩება სხვა მეთოდის შედეგს და მეორე, სადაც იწყება პაციენტის ავტონომია, რომელიც მკურნალობის თაობაზე იღებს საბოლოო გადაწყვეტილებას.<sup>45</sup>

საქართველოში პაციენტთათვის გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარისხს აკონტროლებს სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო, რომელიც ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობისა და კომპეტენტურობის საკითხს პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე სვამს.<sup>46</sup> საბჭო სააგენტოს მიერ შესწავლილი მასალების საფუძველზე იღებს გადაწყვეტილებას პროფესიული პასუხისმგებლობის თაობაზე.<sup>47</sup>

სამედიცინო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის გათვალისწინებულია ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობის შემდეგი სახეები: წერილობითი გაფრთხილება, სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება, სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება, ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერის შეზღუდვა და საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა ზომები.<sup>48</sup>

<sup>42</sup> საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 6.

<sup>43</sup> Beschluss des Erweiterten Präsidiums der DGAI vom 20.11.2014 sowie von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 15.12.2014. Behandlungsqualität und Patientensicherheit: Eckpunkte zur ärztlich-personellen Ausstattung anästhesiologischer Arbeitsplätze in Krankenhäusern, 146.

<sup>44</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 8.

<sup>45</sup> მოწონელიძე, სამედიცინო შეცდომის დადგენის პრობლემატიკა ექიმის პასუხისმგებლობის განსაზღვრის დროს, საქართველოს უზენაესი სასამართლოსა და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაციის სამეცნიერო-

პრაქტიკული იურიდიული ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“ #3, 2021, 111.

<sup>46</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 28 დეკემბრის ბრძანება No01-64/6 „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ.“

<sup>47</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 16 მაისის ბრძანება №122/ნ „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ.“

<sup>48</sup> საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 74 (1).

### 3. ბრალი

საკანონმდებლო დონეზე ექიმის ბრალის გამოსახატავად გამოყენებულია ტერმინი „უნებლიეთ“<sup>49</sup> რაც თავისთავად გამორიცხავს სამედიცინო შეცდომის შედეგად პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანში ექიმის განზრახვას. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი განზრახ გადაუხვევს მოქმედ სტანდარტებს ან აირჩევს არასწორ მკურნალობას, საქმე გვექნება დანაშაულის ჩადენასთან და ეს საკითხი სისხლისსამართლებრივად დარეგულირდება.

იურიდიულ ლიტერატურაში დამკვიდრებული მოსაზრების თანახმად, სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის დაკისრებისას სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალი უნდა განვიხილოთ არა როგორც სუბიექტური, ფსიქიკური განწყობა თავისი მოქმედების მიმართ, არამედ როგორც პაციენტისათვის უარყოფითი შედეგების თავიდან აცილების მიზნით შესაძლო ობიექტური ზომების მიუღებლობა.<sup>50</sup>

შესაბამისად, სამედიცინო შეცდომის დროს ექიმის მიერ განზრახ დამაზიანებელი ქმედება გამორიცხებულია, რადგან განზრახ მოქმედებს პირი, რომელიც შეგნებულად ხვდება მოქმედების ხასიათს და აცნობიერებს თავისი ქმედების მართლსაწინააღმდეგო შედეგს. როგორც უკვე აღინიშნა, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალეულობაზე საუბრისას იგულისხმება გაუფრთხილებელი ბრალი და არა განზრახი ქმედება.

რაც შეეხება გაუფრთხილებლობას, იგი ორი სახისაა - მარტივი და უხეში. იურიდიულ ლიტერატურაში არსებული მოსაზრების მიხედვით, მარტივი გაუფრთხილებლობის დროს პირი არღვევს სამოქალაქო ბრუნვისათვის დამახასიათებელ აუცილებელ ყურადღებიანობასა და გულისხმიერებას, ხოლო უხეში გაუფრთხილებლობის დროს კი აშკარაა აუცილებელი ყურადღებიანობისა და გულისხმიერების მოთხოვნების დარღვევა უჩვეულოდ მაღალი ხარისხით.<sup>51</sup>

გერმანულ სასამართლო პრაქტიკაში დამკვიდრებული შეხედულებით, უხეში გაუფრთხი-

ლებლობა სახეზეა, როდესაც არ იაზრებენ და ითვალისწინებენ ისეთ გარემოებებს, რომლებიც კონკრეტულ შემთხვევაში ყველასთვის ნათელი უნდა იყოს. მაგალითად, დასაშვები სიჩქარის ზღვრის 100%-ით გადაჭარბება, გადასწრება ნისლიან ამინდში, როდესაც ხილვადობა ძალიან შეზღუდულია.<sup>52</sup>

სამედიცინო დავის დროს სწორედ სამედიცინო დაწესებულებაა ვალდებული გამორიცხოს თავისი ბრალი პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის არასრულ გაუმჯობესებაში. პაციენტმა არ უნდა ამტკიცოს ექიმის/სამედიცინო დაწესებულების ბრალი, ის ივარაუდება და ამ უკანასკნელის გასაქარწყლებელია.<sup>53</sup>

#### 3.1 თანაბრალეულობა

გასათვალისწინებელია, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში, ზიანის მიყენება გამოწვეულია პაციენტის ბრალითაც. სსკ-ს 415-ე მუხლი განსაზღვრავს დაზარალებულის ბრალს ზიანის დადგომაში, კერძოდ, თუ ზიანის წარმოშობას ხელი შეუწყო დაზარალებულის მოქმედებამაც, მაშინ ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება და მოცულობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ უფრო მეტად რომელი მხარის ბრალით არის ზიანი გამოწვეული. თითქმის ყველა იურისდიქციაშია შესაბამისი ნორმა, რომელზე დაყრდნობითაც მოსარჩელე პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის შემცირება შესაძლებელია მისი ბრალის პროპორციულად.<sup>54</sup>

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ ერთ-ერთ საქმეში მხარი დაუჭირა ეროვნული სასამართლოების გადაწყვეტილებას, რომლის მიხედვითაც ექიმს არ დაეკისრა ზიანის ანაზღაურება, ვინაიდან პაციენტი უმეტესწილად (51%) თვითონ იყო პასუხისმგებელი, რომ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა. ექიმი მიუთითებდა, რომ დიაბეტით დაავადებული პაციენტი აგრძელებდა სიგარეტის მოწევას და ამასთან, არ იცავდა დიე-

<sup>49</sup> საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 3.

<sup>50</sup> კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერონალის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, გამომცემლობა „იურისტების სამყარო“, თბილისი, 2014, 188.

<sup>51</sup> ზოიძე, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი მესამე. (ჭანტურია, ზოიძე, ნინიძე, შენგელია, ხეცურიანი, რედ.) თბილისი, 2001, 385-386.

<sup>52</sup> კროპკოლერი, გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის სასწავლო კომენტარი, თბილისი, 2014, 154.

<sup>53</sup> საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, მუხლი 1007.

<sup>54</sup> Prof. R. Slovenko, Contributory fault of the patient in a malpractice action, the Journal of Psychiatry and Law 33/Summer 2005, 2005, 29.

ტას. ორივე მათგანი კი იყო საზიანო მისი ჯანმრთელობისათვის.<sup>55</sup>

კროპპოლერის განმარტებით, თანაბრალეულობის დადგენისას ჯერ უნდა შეფასდეს დაზარალებულის წვლილი ზიანის გამოწვევაში, ხოლო შემდეგ დადგინდეს ორივე მხარის ბრალეულობის ხარისხი. თუ დაზარალებულის ბრალეულობა გადაწონის ზიანის მიმყენებელი პირის ბრალეულობას, შესაძლებელია, ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება მთლიანად გამოირიცხოს.<sup>56</sup>

#### 4. სამართლებრივი შედეგები - ზიანი

სამედიცინო ურთიერთობისას პირს შეიძლება მიადგეს სხვადასხვა სახის ზიანი.<sup>57</sup> იმისათვის, რომ ზიანი ექვემდებარებოდეს ანაზღაურებას, საჭიროა იგი იყოს განსაზღვრადი. ზიანის ოდენობის შეფასების ვალდებულება მოსარჩელის მხარეზეა, ხოლო თუ იგი არ უთითებს რაში გამოიხატა მისთვის მატერიალური ზიანი, მოთხოვნა ჩაითვლება დაუსაბუთებლად.<sup>58</sup>

პაციენტს შეუძლია მოითხოვოს სხვადასხვა სახის ზიანის ანაზღაურება, ესენია: მატერიალური ზიანი ანუ იგივე ქონებრივი ზიანი, რომელშიც იგულისხმება გაწეული მკურნალობის ხარჯები და ის ხარჯები, რომელსაც დაზარალებული სამომავლო მკურნალობისთვის საჭიროებს (სსკ-ის 408-ე და 409-ე მუხლები); ყოველთვიური სარჩო, თუ შეეზღუდა შრომის უნარი ან ერთჯერადი კომპენსაცია სარჩოს მაგივრად (სსკ-ს 411 მუხლი);<sup>59</sup> და მორალური ზიანის ანაზღაურება (სსკ-ს 413 მუხლი).<sup>60</sup>

პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში მესამე პირს შესაძლოა გააჩნდეს სამი სახის მოთხოვნა, კერძოდ: 1) ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება აქვს იმ პირს, რომლის რჩენაც დაზარალებულს ევალებოდა (სსკ-ის 1006-ე); 2)

უფლებამოსილი პირის მოთხოვნით, სასამართლო დაკრძალვისთვის გაწეულ ხარჯებსაც აკმაყოფილებს;<sup>61</sup> 3) შესაძლებელია პირისადმი მიყენებული ზიანის შედეგად მისი გარდაცვალების შემთხვევაში არაქონებრივი ზიანის მოთხოვნის უფლების მინიჭებაც მისი ოჯახის წევრებისთვის.<sup>62</sup>

#### 5. მიზეზობრივი კავშირი

სამედიცინო დავებში განსაკუთრებით რთული და მნიშვნელოვანია მიზეზობრივი კავშირის დადგენა ექიმის ქმედებასა და მიყენებულ ზიანს შორის, რადგან ჯანმრთელობის დაზიანება ან სიკვდილი შეიძლება გამოწვეული იყოს არა მხოლოდ მცდარი სამედიცინო ქმედებით, არამედ პაციენტის ორგანიზმის თავისებურებით ან კიდევ თავად პაციენტის მიერ ვალდებულების დარღვევით, როგორცაა სამედიცინო მომსახურების გამწევისათვის არასწორი ინფორმაციის მიწოდება, ექიმის დანიშნულების შეუსრულებლობა და ა.შ.<sup>63</sup>

უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, მკურნალობის შედეგად გამოწვეული ზიანის ანაზღაურება მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება დაკმაყოფილდეს, თუ პაციენტისათვის მიყენებული ზიანი უშუალოდ მცდარი სამედიცინო ქმედებითაა გამოწვეული. უშედეგო მკურნალობა ან მკურნალობის უარყოფითი შედეგი თავისთავად არ იწვევს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას. ზიანი გამოწვეული უნდა იყოს მკურნალობისას დაშვებული შეცდომით.<sup>64</sup>

<sup>55</sup> Ostrowski v. Azzara.

<sup>56</sup> კროპპოლერი, გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის სასწავლო კომენტარი, თბილისი, 2014, 137.

<sup>57</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 13 იანვრის №1/ნ ბრძანებით დამტკიცებული შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის განსაზღვრის წესის შესახებ ინსტრუქციით განსაზღვრულია ორგანიზმის ძირითადი ფუნქციების დარღვევის კატეგორიები.

<sup>58</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2018 წლის 11 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე N ას-111-111-2018.

<sup>59</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2010 წლის 25 ოქტომბრის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-714-669-2010.

<sup>60</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2016 წლის 12 თებერვლის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-866-816-2015.

<sup>61</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2016 წლის 29 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-1057-997-2015.

<sup>62</sup> სარიშვილი-ბოლქვაძე საქართველოს წინააღმდეგ.

<sup>63</sup> კვანტალიანი, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწიადმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი 2 (33), 2012, 9.

<sup>64</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2011 წლის 27 ივნისის გადაწყვეტილება საქმეზე N260-244-11; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2018 წლის 30 ივლისის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-1124-1044-2017.

### III. დელიქტური მოთხოვნები (სსკ 992 მუხლი)

#### 1. სახელშეკრულებო და დელიქტურ მოთხოვნათა კონკურენცია

სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების არსებობა არ გამოორიციხავს დელიქტური ვალდებულებების წარმოშობას, ვინაიდან ამ სფეროში ზიანის წარმოშობას საფუძვლად უდევს არა სახელშეკრულებო პირობათა დარღვევა, არამედ ჯანმრთელობაზე მართლსაწინააღმდეგო ქმედებით პირის აბსოლუტური უფლებების ხელყოფა (პაციენტის სიცოცხლე ან ჯანმრთელობა).<sup>65</sup> პაციენტის პრეტენზია შეიძლება დაფუძნებული იყოს როგორც სახელშეკრულებო პირობათა დარღვევაზე, ასევე დელიქტური ვალდებულებების დარღვევაზე ან ორივეზე ერთად.<sup>66</sup> ამდენად, სამედიცინო დავებში არსებული სახელშეკრულებო და დელიქტურ მოთხოვნათა კონკურენცია პირდაპირ პაციენტის წისქვილზე ასხამს წყალს. ანუ მოთხოვნათა მრავალფეროვნება მას აძლევს ბერკეტებს, თავად გადაწყვიტოს, იდავოს სახელშეკრულებლო სამართლის არეალში (ექიმის მეორეული პასუხისმგებლობა), თუ მიმართოს დელიქტური სამართლის ნორმებს (ექიმის პირველადი პასუხისმგებლობა).<sup>67</sup> ზოგიერთი ავტორის აზრით, სახელშეკრულებო და დელიქტურ მოთხოვნებს შორის სხვაობა ხელოვნურია და რეალურად ორივე ერთი და იმავე შედეგამდე მიდის. ბევრი ქვეყანა, მათ შორის საქართველო, მხარეებს უფლებას აძლევს აირჩიოს თუ რა მიმართულებით წავიდეს - სახელშეკრულებო თუ დელიქტური. ამ ქვეყნებში შედის მაგალითად: შვეიცარია, გერმანია, იტალია, ბრიტანეთი და ამერიკა. საფრანგეთსა და ბელგიაში მსგავსი არჩევანის გაკეთება შეუძლებელია. ყველა შემთხვევაში, სა-

ხელეკრულებო მიმართულებით წასვლის დროსაც კი გარკვეული ელემენტების „სესხება“ ხდება დელიქტური სამართლიდან, მაგალითად, მოსარჩელის ვალდებულება ამტკიცოს მოპასუხის მართლწინააღმდეგობა.<sup>68</sup>

#### 2. პასუხისმგებლობის წარმოშობის წინაპირობები

სსკ-ს 992-ე მუხლით, ზიანის ანაზღაურების ვალდებულების დაკისრება შესაძლებელია, თუ სახეზეა მართლსაწინააღმდეგო ქმედება, ზიანი, მიზეზობრივი კავშირი მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და ზიანს შორის და ზიანის მიმყენებლის ბრალი. მედიცინის მუშაკის მიერ მართლსაწინააღმდეგო ქმედებად ჩაითვლება, თუ პაციენტის ჯანმრთელობას ზიანი მიადგა მოქმედი სამედიცინო სტანდარტებისგან გვერდის ავლით განხორციელებული სამედიცინო მომსახურებით.<sup>69</sup> მართლწინააღმდეგობა შესაძლოა გამოიხატოს როგორც ექიმის აქტიურ მოქმედებაში, ასევე უმოქმედობაში.

გარდა ამისა, შესაძლოა დაირღვეს ბრუნვის უსაფრთხოება, კერძოდ, ორგანიზაციული ვალდებულება. მართლსაწინააღმდეგო შესაძლოა იყოს პერსონალის მიერ განხორციელებული ქმედებაც, მაგალითად, პაციენტისათვის არასწორი ინფორმაციის მიწოდება, მოვლისა და ზრუნვის ვალდებულების დარღვევა და სხვა.<sup>70</sup>

როგორც ზემოთ აღინიშნა, სამედიცინო დავის დროს, სწორედ სამედიცინო დაწესებულებაა ვალდებული გამორიცხოს თავისი ბრალი პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის არასრულ გაუმჯობესებაში (სსკ 1007 მუხლი). პაციენტმა არ უნდა ამტკიცოს ექიმის/სამედიცინო დაწესებულების ბრალი, ის ივარაუდება და ამ უკანასკნელის გასაქარწყლებელია.<sup>71</sup>

<sup>65</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 13.

<sup>66</sup> A. Mecs, Medical Liability and the Burden of Proof: An Analysis of Recent Quebec Jurisprudence, McGill Law Journal, Vol.16:1, 1970.

<sup>67</sup> ბიჭია, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლსაჯულება და კანონი #2(70), თბილისი, 2021, 97.

<sup>68</sup> J. Grossen, O. Guillo, Medical Malpractice Law: American Influence in Europe? Boston College and International and Comparative Law Review, Vol.6, 1983, 6.

<sup>69</sup> კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, გამომცემლობა „იურისტების სამყარო“, თბილისი, 2014, 167.

<sup>70</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 14.

<sup>71</sup> კვანტალიანი/რუსიაშვილი, ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა

1007-ე მუხლი საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის ერთადერთი სპეციალური მუხლია, რომელიც სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებლობას ეხება. სამედიცინო საქმიანობის მომწესრიგებელი ნორმები სხვადასხვა ნორმატიულ სამართლებრივ აქტშია გაბნეული.<sup>72</sup>

მაგალითად, ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის საფუძვლად გამოიყენება ასევე „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 103-ე მუხლი<sup>73</sup> და ასევე, „პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის“ მე-10 მუხლი, რომლის მიხედვითაც პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომლებიც გამოწვეულია პაციენტის უფლებების დარღვევით, მცდარი სამედიცინო ქმედებით, სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით ანდა სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით. პაციენტს ასევე შეუძლია მოითხოვოს სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება ანდა სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.<sup>74</sup>

დელიქტური პასუხისმგებლობის სხვა ელემენტებზე - ზიანსა და მიზეზობრივ კავშირზე იხ. ზემოთ.

#### IV. მტკიცების ტვირთის განაწილების სტანდარტები

##### 1. ზოგადი წესები

სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი არ იძლევა მტკიცების ტვირთის საკანონმდებლო დეფინიციას. „მტკიცების ტვირთი“ უცხოურ ლიტერატურაში განიმარტება, როგორც მხარის მიერ შე-

საქმნელი გარემოებები, რომელთა გაურკვევლობამაც შეიძლება გამოიწვიოს მხარისათვის არასასურველი შედეგები.<sup>75</sup> მტკიცების ტვირთის განაწილებას არა მარტო საპროცესოსამართლებრივი მნიშვნელობა აქვს, არამედ არსებითი მატერიალურსამართლებრივი დატვირთვისაა, ვინაიდან მხარის მიერ ამ საპროცესო მოვალეობის შეუსრულებლობას ან არაჯერონად განხორციელებას, შედეგად მოჰყვება ამავე მხარისათვის უარყოფითი, არახელსაყრელი შედეგი, რაც სარჩელის უარყოფაში ვლინდება.<sup>76</sup>

თანამედროვე სამოქალაქო საპროცესო სამართალში დისპოზიციურობისა და შეჯიბრებითობის პრინციპის მოქმედების პირობებში, სწორედ მტკიცების ტვირთის რეალიზებასა და მის ხარისხზეა დამოკიდებული მხარეთა შორის წარმოშობილი დავის განხილვის საპროცესო შედეგი. ამიტომაც, აქტუალურია მტკიცების ტვირთის არსისა და მისი მნიშვნელობის გააზრება, მხარეთა შორის მტკიცების ტვირთის სწორი განაწილება და მოდავე მხარეთა მიერ მტკიცების ტვირთის რეალიზება.<sup>77</sup>

შედარებისთვის, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, სტანდარტი, რომელსაც მტკიცებულებები უნდა აკმაყოფილებდეს, ცნობილია, როგორც ე.წ. „მტკიცებულებების უპირატესობის“ სტანდარტი (preponderance of evidence). მტკიცებულებათა ამ სტანდარტის მიხედვით, მოსარჩელემ უნდა აჩვენოს, რომ მისი მტკიცებულებებით გამყარებული ფაქტების არსებობა „უფრო სავარაუდოა, ვიდრე არა“ (50%-ზე მეტად სავარაუდოა). სპექტრის მეორე ბოლო არის „გონივრულ ეჭვის მიღმა“ სტანდარტი (beyond a reasonable doubt), რომელიც სისხლის სამართლის საქმეებში გამოიყენება. ამ ორ სტანდარტს შორის მოქცეულია „მკაფიო და დამაჯერებელი“ (clear and convincing) მტკიცების სტან-

და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი, 1/2022, თბილისი, 2022, 14.

<sup>72</sup> კერძოდ: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი; „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი; „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი; „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი; „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ საქართველოს კანონი; „ლიცენზირებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონი; „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი; „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი; „აივ-ინფექცია შიდსის შესახებ“ საქართველოს კანონი და სხვა.

ველოს კანონი; „აივ-ინფექცია შიდსის შესახებ“ საქართველოს კანონი და სხვა.

<sup>73</sup> საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 103.

<sup>74</sup> საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 10.

<sup>75</sup> გაბისონია, მცდარი სამედიცინო ქმედებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, (სამაგისტრო ნაშრომი), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2019, 43.

<sup>76</sup> B. Crump, What is Burden of Proof and why is it important? 2022.

<sup>77</sup> გაგუა, მტკიცების ტვირთი სამოქალაქო საპროცესო სამართალში (სადისერტაციო ნაშრომი), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2012, 6.

დარტი, რომლის ფარგლებშიც მოსარჩელემ უნდა დაამტკიცოს, რომ მისი პრეტენზიის ჭეშმარიტება არსებითად უფრო სავარაუდოა (ვარაუდი უნდა იყოს დაახლოებით 67% ან მეტი).<sup>78</sup>

აშშ-ს მსგავს მიდგომას იზიარებს ბრიტანეთიც, სადაც მტკიცების სტანდარტი, შეჯიბრებითობის პრინციპიდან გამომდინარე, შედარებით დაბალია. ის დაფუძნებულია "ალბათობათა ბალანსზე" (balance of Probabilities), რაც იმას ნიშნავს, რომ მხარეს, რომელიც ამტკიცებს შესაბამის ფაქტებს და პასუხისმგებელია მტკიცების ტვირთზე, მოეთხოვება დაადასტუროს, რომ აღნიშნული ფაქტების არსებობა უფრო სავარაუდოა, ვიდრე არარსებობა. ფაქტები დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, თუ სასამართლო ჩათვლის, რომ მოვლენები უფრო სავარაუდოა მომხდარიყო, ვიდრე არ მომხდარიყო.<sup>79</sup>

აღსანიშნავია, რომ გერმანიის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი (Zivilprozessordnung-ZPO) ზოგადად, მოითხოვს მტკიცების მაღალ სტანდარტს სამოქალაქო სამართალწარმოებაში. ფაქტები დადასტურებას საჭიროებს სიცხადის სტანდარტით (standard of certainty), წინააღმდეგ შემთხვევაში, მოთხოვნა ჩაითვლება დაუმტკიცებლად და ვერ დაკმაყოფილდება.<sup>80</sup>

ქართულ სამოქალაქო სამართალწარმოებაში არსებობს მტკიცების ტვირთის განაწილების ზოგადი და სპეციალური წესები. ზოგადი წესი მოწესრიგებულია სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 102-ე მუხლის პირველი ნაწილით, რომლის თანახმადაც, თითოეულმა მხარემ უნდა დაამტკიცოს გარემოებანი, რომლებზეც იგი ამყარებს თავის მოთხოვნებსა და შესაგებელს. მტკიცებულებებს სასამართლოს წარუდგენენ მხარეები.<sup>81</sup> აღნიშნული მიუთითებს, რომ დარღვეული უფლების დაცვა მხარეს კონკრეტულ ფაქტებზე დაყრდნობით შეუძლია და ამ ფაქტების მითითება მისივე მოვალეობაა. საქმის სწორად გადაწყვეტისათვის მნიშვნელობის მქონე ფაქტები, რომლებიც სადავოა, დამტკიცებას საჭიროებს და ფაქტების დამტკიცების ტვირთი ფაქტების მიმთითებელ მხარეებს ეკისრებათ.<sup>82</sup>

## 2. სპეციალური წესები

მტკიცების ტვირთის სპეციალური წესი მოიცავს მისი შებრუნების შემთხვევებს, რაც გულისხმობს მხარეებს შორის მტკიცების ტვირთის იმგვარ განაწილებას, რომ ერთი მხარის მიერ წარმოდგენილი ფაქტების მტკიცების ვალდებულება მეორე მხარეს გადაეკისროს. მტკიცების ტვირთის შებრუნებისას ფაქტების წარმდგენი მხარე მათი დამტკიცებისათვის ნაკლები ძალისხმევის გამოჩენას საჭიროებს, ჩვეულებრივ შემთხვევებთან შედარებით.<sup>83</sup>

### 2.1 მატერიალურსამართლებრივი საფუძველი

ქართულ სამართალში მტკიცების ტვირთის შებრუნება, პირველ რიგში, გამომდინარეობს მატერიალური სამართლით გათვალისწინებული შემთხვევებიდან, როდესაც ფაქტების დამტკიცების ტვირთი ამა თუ იმ ნორმით განსხვავებულიაა მოწესრიგებული. ეს ის შემთხვევაა, როდესაც ზოგიერთი ნორმა, მატერიალურსამართლებრივი ქცევის წესებთან ერთად, შეიცავს პროცესუალურსამართლებრივ ელემენტებსაც.<sup>84</sup> მაგალითად, სსკ-ის 687 (მტკიცების ტვირთი [გადაზიდვისას]), 402 (მოვალის პასუხისმგებლობა), 394-ე მუხლის 1-ლი ნაწილი (ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნა ვალდებულების დარღვევისას), 995 (მხარდაჭერის მიმღების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება), 996 (დროებითი სულიერი მოშლილობის მდგომარეობაში მიყენებული ზიანის ანაზღაურება) და 997 (სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებისას მიყენებული ზიანის ანაზღაურება) მუხლები. ამ ნორმების მიხედვით, მოპასუხეს ევალება თავისი არაბრალეულობის დამტკიცება მაშინ, როცა სხვა შემთხვევებში, მოსარჩელეს დაეკისრებოდა მტკიცების ტვირთი, რადგან ბრალეულობა მოთხოვნის არსებობის ერთ-ერთი კანონის-მიერი წინაპირობაა.

<sup>78</sup> <https://bit.ly/38s3Xef> [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>79</sup> N. Cek, THE STANDARDS OF PROOF IN MEDICAL MALPRACTICE CASES“ MEDICINE, LAW & SOCIETY Vol. 13, No. 2, 2020, Slovenia, 185.

<sup>80</sup> Ibid., 188

<sup>81</sup> საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი, მუხლი 103.

<sup>82</sup> <https://www.coloradolaw.net/law-101/burden-of-proof/> [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>83</sup> D. Walton, Burden of Proof, Presumption and Argumentation, Cambridge University Press, 2014, 47.

<sup>84</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2013 წლის 25 დეკემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-1163-1092-2012 25.

## 2.2 პრეზუმფციები

მატერიალურსამართლებრივი ნორმების გარდა, მტკიცების ტვირთის განაწილების საფუძვლებს წარმოადგენს სამოქალაქო სამართალში გათვალისწინებული ვარაუდები (ე.წ. პრეზუმფციები). სამოქალაქო სამართლის პროცესში, ერთი ჯგუფი ფაქტებისა ივარაუდება მოპასუხის სასარგებლოდ და ამიტომ ისინი უნდა დაამტკიცოს მოსარჩელემ, ხოლო მეორე ჯგუფი ფაქტებისა ივარაუდება მოსარჩელის სასარგებლოდ და ისინი უნდა დაამტკიცოს მოპასუხემ.<sup>85</sup> მაგალითად, მოსარჩელემ აღძრა ვინდიკაციური სარჩელი ნივთის უკანონო მფლობელობიდან გამოთხოვის შესახებ. ასეთ შემთხვევაში, მოპასუხე, როგორც ნივთის ფაქტობრივი მფლობელი, ივარაუდება სადავო ნივთის მესაკუთრედ. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მოსარჩელე დაამტკიცებს, რომ ნივთის მესაკუთრეა, წარმოიშობა პრეზუმფცია იმის თაობაზე, რომ მოპასუხე ნივთს უკანონოდ ფლობს. ასეთი ვარაუდის წარმოშობით კი მოპასუხეზე გადადის იმ ფაქტის დამტკიცების ტვირთი, რომ იგი წარმოადგენს სადავო ნივთის მართლზომიერ მფლობელს.<sup>86</sup>

მტკიცების ტვირთის შებრუნებისას პრეზუმირებული ფაქტი ჩაითვლება დამტკიცებულად, მანამ, სანამ ოპონენტი მას არ გააქარწყლებს. თუ მოპასუხე ამას შეძლებს, მაშინ მტკიცების ტვირთი თავის ნორმალურ თანმიმდევრობას უბრუნდება და ისევ მოსარჩელეზე გადავა.<sup>87</sup>

აშშ-ს სამართლებრივ სისტემაში პრეზუმფციებთან დაკავშირებით შემდეგი მიდგომაა ჩამოყალიბებული: პრეზუმფციები იქმნება კანონით ან სასამართლო გადაწყვეტილებებით. ისინი ყალიბდებიან რამდენიმე ფაქტორზე დაყრდნობით, ესენია: ალბათობა (probability), სოციალური და ეკონომიკური პოლიტიკა (Social and economic policy) და მტკიცებულებებზე წვდომის უპირატესობა (Superior access to proof). ალბათობა ასახავს მოსამართლის ან კანონმდებლის რწმენას, რომ თუ ფაქტი B დადასტურებულია, წარმოიშობა მაღალი ალბათობა იმისა, რომ პრეზუმირებული ფაქტი (P) ასევე არსებობს და გონივრული და დროის დამზოგველია იმის დასკვნა, რომ ფაქტი (P) სიმართლეს შეე-

საბამება, მანამ, სანამ საწინააღმდეგო არ დამტკიცდება. მაგალითად, როდესაც ბეჭდიანი საფოსტო წერილი ყოველგვარი წესების დაცვით არის გაგზავნილი ადრესატთან, ივარაუდება, რომ იგი ადრესატს ჩაბარდა მანამ, სანამ ადრესატი საწინააღმდეგოს არ დაამტკიცებს; ფაქტების მართებულობა დაიშვება გარკვეული სოციალური ან ეკონომიკური პოლიტიკის გატარების მიზნითაც. მაგალითად, როდესაც კანონიერ ქორწინებაში მყოფი ქალი შვილს აჩენს, ივარაუდება, რომ ქმარი წარმოადგენს ბავშვის მამას მანამ, სანამ საწინააღმდეგო არ დამტკიცდება; მტკიცებულებებზე წვდომის უპირატესობის ფაქტორი უკეთ აიხსნება მაგალითის საფუძველზე - თუ მესაკუთრე ნივთს მიაბარებს პირს (შემნახველს) ნივთობრივად უნაკლო მდგომარეობაში და ეს უკანასკნელი ნივთს დააბრუნებს დაზიანებულ მდგომარეობაში, ივარაუდება, რომ ნივთი დაზიანდა შემნახველის გაუფრთხილებელი ქმედებით, რადგან მას ჰქონდა უპირატესი წვდომა და აქვს ცოდნა იმის შესახებ თუ როგორ დაზიანდა ნივთი. შესაბამისად, მტკიცების ტვირთი გადადის შემნახველზე, რომელმაც უნდა ამტკიცოს, რომ ნივთი მას არ დაუზიანებია.<sup>88</sup>

მაშასადამე, თუ საკანონმდებლო ნორმები პირდაპირ არ მიგვითითებენ რომელმაც მხარემ რა ფაქტობრივი გარემოება უნდა ამტკიცოს, ისინი, ხშირ შემთხვევაში, შეიცავენ პრეზუმფციებს, რაც გვეხმარება მტკიცების ტვირთის ადეკვატურად განაწილებაში. პრეზუმირებული ფაქტი საწყის ეტაპზე მტკიცებას არ საჭიროებს, თუმცა მტკიცების ტვირთის მოძრავი ბუნებიდან გამომდინარე, პრეზუმფციები მხარეს მტკიცების მოვალეობისაგან სრულად არ ათავისუფლებს.

სასამართლო პრაქტიკითაა დადგენილი მხარეთა შორის მტკიცების ტვირთის შებრუნების ერთი-ერთი დამატებითი საფუძველი, როგორცაა მისი

სიმძიმე. უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, „მტკიცების ტვირთის განაწილება იმგვარად უნდა მოხდეს, რომ მოპასუხესა და მოსარჩელეს დაეკისროთ იმ ფაქტების დამტკიცება, რომლებიც მათთვის მარტივი და ობიექტურად

<sup>85</sup> ლილუაშვილი, საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო სამართალი, თბილისი, 2005, 229.

<sup>86</sup> გაგუა, მტკიცების ტვირთი სამოქალაქო საპროცესო სამართალში (სადისერტაციო ნაშრომი), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2012, 93.

<sup>87</sup> R. Glover, Murphy of Evidence, 15th edition, Oxford University press, 2015, 94.

<sup>88</sup> S.L. Emanuel, J.W. Friedman, Emanuel Law Outlines, Aspen Publishers, 2010, 564.

მიღწევადია.<sup>89</sup> მსგავსი მოსაზრება გვხვდება იურიდიულ ლიტერატურაშიც: „მტკიცების ტვირთი ეკისრება სწორედ პროცესის იმ მონაწილე მხარეს, რომლისთვისაც უფრო ადვილია მტკიცებულებათა წარმოდგენა“.<sup>90</sup>

## V. მტკიცების ტვირთის განაწილება სამედიცინო დავებში

### 1. ქართული სასამართლო პრაქტიკა

რიგ შემთხვევებში, მტკიცების ტვირთის განაწილების სპეციალურ წესს ექვემდებარება სამედიცინო სამართალწარმოებაც, თუმცა ქართულ სასამართლოებს ამ საკითხის მიმართ არაერთგვაროვანი დამოკიდებულება აქვთ, რაც ეწინააღმდეგება სამართლებრივი უსაფრთხოებისა და ნორმათა განსაზღვრულობის პრინციპს. ქართული სასამართლო პრაქტიკის ანალიზით შეგვიძლია მარტივი დასკვნა გამოვიტანოთ იმასთან დაკავშირებით, რომ სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების საკითხი სასამართლოს მიერ ხშირად სწორედ მიზეზობრივი კავშირის დაუდგენლობის გამო არ კმაყოფილდება. ეს პრობლემა მწვავედ დგას განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დაზარალებული დროულად არ იცავს საკუთარ უფლებებს, რის გამოც წარმოიქმნება პრობლემა სასამართლოში მტკიცების ტვირთთან დაკავშირებით.<sup>91</sup>

სამედიცინო სამართალში მტკიცების ტვირთზე დაყრდნობით ქართული სასამართლო გადაწყვეტილებების კატეგორიზაცია შესაძლებელია ორ ძირითად ჯგუფად: პირველი ჯგუფი ეყრდნობა მტკიცების ტვირთის განაწილების ზო-

გად წესს და მოსარჩელეს აკისრებს როგორც ფაქტების სრულყოფილად მითითების, ასევე მათი მტკიცების ვალდებულებასაც, ხოლო მეორე ჯგუფის გადაწყვეტილებებში მოსარჩელის მტკიცების ტვირთი შედარებით შემსუბუქებულია.

მტკიცების ტვირთის განაწილების განსხვავებული მიდგომები გამომდინარეობს ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო პრეზუმფციისგან. პირველი მათგანის მიხედვით, უარყოფილია ექიმის ბრალეულობის პრეზუმფცია და ივარაუდება, რომ სამედიცინო პერსონალი მოქმედებს კეთილსინდისიერად, ხოლო მეორე მიდგომა, პირიქით, ზიანის მიმყენებელი პირის (სამედიცინო დაწესებულების) ბრალეულობის პრეზუმფციას ეყრდნობა. აღნიშნული პრეზუმფციები პირდაპირ გავლენას ახდენს მხარეთა შორის მტკიცების ტვირთის განაწილების საკითხზე.

#### 1.1 პრეზუმფცია 1 - სამედიცინო პერსონალი მოქმედებს კეთილსინდისიერად

სსკ-ის 1007-ე მუხლის განმარტებისას საქართველოს უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილებებში<sup>92</sup> და ზოგიერთ ნაშრომშიც<sup>93</sup> ვხვდებით კერძო სამართლის ფარგლებში ექიმის ბრალეულობის პრეზუმფციის უარყოფას.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტსა და ექიმს შორის წარმოშობილი ურთიერთობა გარკვეული სპეციფიკით ხასიათდება, ექიმი პასუხს აგებს მხოლოდ მცდარი სამედიცინო ქმედებისთვის და მისი საქმიანობის მიმართ ბრალეულობის პრეზუმფცია არ მოქმედებს.<sup>94</sup> არსებობს პრეზუმფცია იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალი მოქმედებს კეთილსინდისიერად, მაქსიმალური

<sup>89</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 15 სექტემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-711-670-2011.

<sup>90</sup> ლილუაშვილი, საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო სამართალი, თბილისი, 2005, 231.

<sup>91</sup> ნადირაძე, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სამართლებრივი პრობლემის ანალიზი, (სამაგისტრო ნაშრომი), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2020, 46.

<sup>92</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 25 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე #ას-1268-1526-09; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 27 ივნისის გადაწყვეტილება საქმეზე #ას-260-244-11; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2013 წლის 25 დეკემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე #ას-1163-1092-2012.

<sup>93</sup> ბიჭია, კანონისმიერი ვალდებულებითი ურთიერთობები (დამხმარე სახელმძღვანელო), თბილისი, 2016, 361; კვაჭაძე, მანჯავიძე, კვანტალიანი, მირზიკაშვილი, გვენეტაძე, აზაურაშვილი, წიგნი პაციენტებისთვის: „ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა“ (გზამკვლევი), თბილისი, 2011, 118.

<sup>94</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 25 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-1268-1526-09; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 27 ივნისის გადაწყვეტილება საქმეზე ას-260-244-11; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2013 წლის 25 დეკემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-1163-1092-2012; საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-111-111-2018.



გულისხმიერებით და მისი განზრახვა და მიზანი პაციენტის გამოჯანმრთელებაა. 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, ასევე მის ხელთ არსებული საშუალებები მოსალოდნელი და დასაშვები რისკების პრევენციისათვის.<sup>95</sup>

სამედიცინო პერსონალის მიმართ კეთილსინდისიერებისა და გულისხმიერების პრეზუმფციის კიდევ ერთი მაგალითია საკასაციო სასამართლოს განმარტება, რომლის მიხედვითაც, „...მომხმარებლის მხრიდან განსაკუთრებული ნდობა განპირობებულია საქმიანობის ამ სფეროში კონტრაქტის [სამედიცინო დაწესებულების] მზადყოფნის პრეზუმფციით, როგორც პროფესიონალი კადრებით, ისე სათანადო ტექნიკური აღჭურვილობით...“<sup>96</sup> აღნიშნული პრეზუმფციიდან გამომდინარე, მტკიცების ტვირთი სრულად ეკისრება პაციენტს, რადგან მართლზომიერი ქმედების ფაქტი სამედიცინო დაწესებულების სასარგებლოდ ივარაუდება.

დაზარალებული ვალდებულია დაამტკიცოს ზიანისა და მიზეზობრივი კავშირის არსებობის ფაქტი. ზიანის მიმყენებელმა, თავის მხრივ, უნდა დაამტკიცოს მის ქმედებაში მართლწინააღმდეგობისა და ბრალის არარსებობა. „ზიანის მიმყენებელი მიიჩნევა ბრალეულად, თუ არ დაამტკიცებს თავისი ბრალის არარსებობის ფაქტს... მტკიცების ტვირთი მართლწინააღმდეგობის და ბრალის არარსებობის თაობაზე, აწევს მოპასუხეს.“<sup>97</sup>

ექიმმა უნდა ამტკიცოს, რომ პაციენტის მიმართ ჩატარდა მართლზომიერი და უშეცდომო მკურნალობა. ექიმი მხოლოდ იმ შემთხვევაშია ვალდებული დარღვევისათვის პასუხისმგებელი, როდესაც ზიანი, რომელიც პაციენტს მიადგა, გამომდინარეობს მკურნალობის დროს

დაშვებული ბრალეული შეცდომიდან. ექიმის პასუხისმგებლობის საფუძველი არის არა მკურნალობის უარყოფითი შედეგი, არამედ სამედიცინო მეცნიერების სტანდარტებიდან გადახვევა.<sup>98</sup> აქედან გამომდინარე, სწორედ სამედიცინო პერსონალია ვალდებული გამორიცხოს თავისი ბრალი პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესებასა და ჯანმრთელობის არასრულ გაუმჯობესებაში.

ერთ-ერთ დავაში სასამართლომ დაზარალებულს დააკისრა როგორც ფაქტებზე მითითების, ასევე მითითებული ფაქტების მტკიცების ტვირთიც. სადაზღვევო კომპანია ამტკიცებდა, რომ მომსახურების ხარისხის, აგრეთვე, სამედიცინო აუცილებლობის ჩვენების მტკიცების ტვირთი ეკისრება სამედიცინო დაწესებულებას. სამედიცინო გაიდლაინების განუხრელად დაცვის დამადასტურებელი მტკიცებულებები უნდა წარმოედგინა მომსახურების გამწვევს. საკასაციო პალატის მოსაზრებით, მოთხოვნის დამფუძნებელი ნორმის მიხედვით (სსკ-ს 1007), ფაქტებზე მითითებისა და მათი დამტკიცების ტვირთი ეკისრება პროცესის მონაწილე იმ მხარეს, რომელიც ითხოვს მიყენებული ზიანის ანაზღაურებას, მაშასადამე, დაზარალებულს.<sup>99</sup>

უზენაესი სასამართლოს მსჯელობის მიხედვით, სამედიცინო კატეგორიის დავებში პაციენტს ეკისრება, როგორც ფაქტების სრულყოფილად და დამაჯერებლად წარდგენისა და გაცხადების ვალდებულება, აგრეთვე სამკურნალო შეცდომის დადასტურების ვალდებულებაც. თუ პაციენტის განმარტებები არ დადასტურდება, მაშინ სამედიცინო შეცდომის არსებობა არ დამტკიცდება. ასევე, პაციენტმა უნდა წარმოადგინოს და დაამტკიცოს, რომ დამდგარი ზიანი ეფუძნება სამედიცინო დაწესებულების ვალდებულების დარღვევას.<sup>100</sup> შესაბამისად, პაციენტის მტკიცების ტვირთია როგორც ზიანის, ასევე მიზეზობრივი კავშირის დადასტურება.

უფრო მეტიც, ერთ-ერთ გადაწყვეტილებაში საკასაციო სასამართლომ განმარტა 1007-ე მუხ-

<sup>95</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2016 წლის 22 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე *ნას-1102-1038-2015*.

<sup>96</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო, სამეწარმეო და გაკოტრების საქმეთა პალატის 2007 წლის 25 სექტემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე *ნას-296-624-07*.

<sup>97</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო, სამეწარმეო და გაკოტრების საქმეთა პალატის 2005 წლის 13 აპრილის გადაწყვეტილება საქმეზე *ნას-33-406-05*.

<sup>98</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 25 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე *ნას-1268-1526-09*.

<sup>99</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის პრაქტიკის ანალიზი, მტკიცების ტვირთი, თბილისი, 2018, 35.

<sup>100</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის 11 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე *ნას-111-111-2018*.

ლის შინაარსი ისე, რომ მართლსაწინააღმდეგო ქმედების მტკიცების ტვირთიც დაზარალებულს დააკისრა - „დაზარალებულს უწევს ერთდროულად ამტკიცოს ზიანი, ზიანის მიმყენებლის არამართლობიერი მოქმედება ან უმოქმედობა, არამართლობიერ ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირი. აღნიშნული კატეგორიის დავებში პაციენტს ეკისრება როგორც ფაქტების სრულყოფილად და დამაჯერებლად წარდგენისა და გაცხადების ვალდებულება, აგრეთვე მტკიცების ტვირთი იმის დასადასტურებლად, რომ დაშვებული იყო სამკურნალო შეცდომა. თუ პაციენტის განმარტებები არ დადასტურდება, მაშინ სამკურნალო შეცდომა პაციენტის მოთხოვნის საწინააღმდეგოდ არ დამტკიცდება...“<sup>101</sup>

## 1.2 პრეზუმფცია 2 - ზიანის მიმყენებელი პირი (სამედიცინო დაწესებულება) ბრალეულია

სასამართლო გადაწყვეტილებათა მეორე ჯგუფი ეყრდნობა სამედიცინო დაწესებულების ბრალეულობის პრეზუმფციას. სსკ-ს 1007-ე მუხლთან დაკავშირებით სასამართლო აღნიშნავს, რომ „არაბრალეულობის მტკიცების ტვირთი აწევს სამედიცინო დაწესებულებას. ასეთ დროს, პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანების ფაქტის არსებობა ქმნის პრეზუმფციას, რომ მის ჯანმრთელობას ზიანი სამედიცინო დაწესებულების ბრალით მიადგა და საწინააღმდეგოს დადასტურება სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა განახორციელოს“.<sup>102</sup>

სსკ-ის 1007-ე მუხლის ფარგლებში, პირს, რომლის ჯანმრთელობასაც ზიანი მიადგა, არ ეკისრება ზიანის მიმყენებლის, კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების გამწევის ქმედების მართლწინააღმდეგობის მტკიცების ტვირთი, რადგან ეს იმთავითვე ივარაუდება (პრეზუმირებულია), ვიდრე არ დამტკიცდება საწინააღმდეგო.<sup>103</sup>

როგორც ვხედავთ, არაბრალეულობის მტკიცების ტვირთის გარდა, ზოგიერთ სასამართლო

გადაწყვეტილებაში მითითებულია, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა ამტკიცოს მართლწინააღმდეგობისა და მიზეზობრივი კავშირის არარსებობაც.

მნიშვნელოვანია, რომ უზენაესი სასამართლო თავის გადაწყვეტილებებში პირდაპირ მითითებს, რომ მოპასუხის მტკიცების ტვირთია როგორც არაბრალეულობის, ასევე მის ქმედებასა და დამდგარ შედეგს შორის მიზეზობრივი კავშირის არარსებობის დადგენა.<sup>104</sup> ერთ-ერთ საქმეში, პაციენტმა სამედიცინო დაწესებულების მიმართ აღძრული სარჩელით მოითხოვა სამედიცინო ქმედების გამო მიყენებული მატერიალური და მორალური ზიანის ანაზღაურება. საკასაციო სასამართლომ გაიზიარა სააპელაციო სასამართლოს მსჯელობა, რომ, სსკ-ის 1007-ე მუხლის მიხედვით, მტკიცების ტვირთი აკისრია სამედიცინო დაწესებულებას ანუ მან უნდა ამტკიცოს, რომ ზიანი მისი ქმედების შედეგად არ მიღებულა (უარყოს მიზეზობრივი კავშირი).<sup>105</sup> მიზეზობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთის შებრუნებასთან დაკავშირებით მსგავსი მიდგომაა განვითარებული ზოგიერთ იურიდიულ ლიტერატურაშიც.<sup>106</sup>

მაშასადამე, სსკ-ს 1007-ე დეფინიციის მიხედვით, ნათლადაა განსაზღვრული, რომ არაბრალეულობის მტკიცების ტვირთი აწევს სამედიცინო დაწესებულებას, თუმცა, ზემოაღნიშნულ გადაწყვეტილებებში სასამართლო განმარტავს, რომ მოპასუხის მტკიცების ტვირთია როგორც არაბრალეულობის, ასევე მის ქმედებასა და დამდგარ შედეგს შორის მიზეზობრივი კავშირის არარსებობის დადგენაც.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, პრეზუმფციებისა და შესაბამისი სასამართლო გადაწყვეტილებების შეპირისპირებით გამოიკვეთა ურთიერთსაწინააღმდეგო მიდგომები სამედიცინო დავებში მტკიცების ტვირთის განაწილებასთან დაკავშირებით. ერთ შემთხვევაში პრეზუმირებულია, რომ სამედიცინო პერსონალი კეთილსინდისიერი და გულისხმიერია. სამოქალაქო სამართლის პროცესში თუ ერთი ჯგუფი ფაქტებისა ივარაუდება მოპასუხის სასა-

<sup>101</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის 11 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-111-111- 2018.

<sup>102</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2014 წლის 28 მაისის განჩინება საქმეზე Nას-260-244-2014.

<sup>103</sup> პეპანაშვილი, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2016, 172.

<sup>104</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2016 წლის 22 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-1102-1038-2015.

<sup>105</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2014 წლის 28 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე # ას-260-244-2014.

<sup>106</sup> კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერონალის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძვლები, გამომცემლობა „იურისტების სამყარო“, თბილისი, 2014, 190.

რგებლოდ, მათი მტკიცება მოსარჩელეს ევალება. შესაბამისად, პრეზუმფციიდან გამომდინარე, ბრალეულობის გარდა სამივე ელემენტი - ზიანის, მართლწინააღმდეგობისა და მიზეზობრივი კავშირის არსებობა უნდა ამტკიცოს მოსარჩელე მხარემ; მეორე შემთხვევაში კი დაშვებულია საწინააღმდეგო პრეზუმფცია, რის შედეგადაც სასამართლო გადაწყვეტილებებში ვიღებთ შედარებით ლოიალურ მიდგომას მოსარჩელის მიმართ, რაც იმაში გამოიხატება, რომ მიზეზობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთი გადადის მოპასუხე მხარეზე.

**VI. მტკიცების ტვირთის შებრუნება**

**1. მიზეზობრიობის მტკიცების ტვირთის სიმძიმე**

მიზეზობრივი კავშირისადმი ტრადიციული მიდგომა, რიგ შემთხვევებში, შეიცვალა უცხოური სასამართლო პრაქტიკის მიერ, რადგან გაჩნდა საფუძვლიანი ეჭვი, რომ მტკიცების სირთულის გამო, სამედიცინო შეცდომის სავარაუდო მსხვერპლი ვერ მიაღწევდა გამარჯვებას სასამართლო პროცესზე. კანადის უბენაესმა სასამართლომ აღნიშნა, რომ მტკიცების ტვირთი არ არის სტატიკური საპროცესოსამართლებრივი ელემენტი, არამედ იგი შესაძლოა შეიცვალოს ყოველ კონკრეტულ ვითარებაში დასაბუთებულად, გამოცდილი და სამართლიანი მოსამართლის მიერ.<sup>107</sup>

ტრადიციული მიდგომით, პაციენტმა უნდა ამტკიცოს ჯანმრთელობის დაზიანების ფაქტი, პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანების გამო დამდგარი უარყოფითი შედეგის არსებობა და ასევე, მიზეზობრივი კავშირიც. თუ პაციენტის განმარტებები არ დადასტურდება, მაშინ სამედიცინო შეცდომა არ მიიჩნევა დადგენილად. ერთ-ერთ სამოქალაქო დავაში, რომელიც შეეხებოდა მკურნალობის დროს ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომის გამო ზიანის ანაზღაურების შესახებ მოთხოვნას, სასამართლომ მიიჩნია, რომ არც ექსპერტის დასკვნით და არც საქმის მასალებით არ დგინდებოდა, რომ პირველი ოპერაციის შემდგომი გართულებები უხარისხო

სამედიცინო მომსახურებით იყო გამოწვეული. სასამართლოს მოსაზრებით, პაციენტს მართლ-საწინააღმდეგო ბრალეული ქმედების შედეგად ზიანი არ მისდგომია, რადგან დელიქტური ვალდებულების არსებობისათვის აუცილებელი მიზეზობრივი კავშირი არამართლობიერ ქმედებასა და მიყენებულ ზიანს შორის მოსარჩელემ ვერ დაადასტურა.<sup>108</sup> სხვა საქმეში, უბენაესმა სასამართლომ განმარტა, რომ ბცჟ-ს ვაქცინაციის შემდეგ მხარეს დაუდგინდა ოსტეომიელიტი.<sup>109</sup> მხარეთა შორის სადავო იყო ვაქცინაცია-სა და ოსტეომიელიტს შორის კაუზალური კავშირის არსებობა. მოსარჩელემ კაუზალობის დასადასტურებელი მტკიცებულებები ვერ წარმოადგინა, შესაბამისად, ვერ დადგინდა მიზეზობრივი კავშირი და მისი მოთხოვნა არ დაკმაყოფილდა.<sup>110</sup> ზემოთ მოყვანილი მაგალითები გვიჩვენებს, რომ ფაქტებზე მითითების ტვირთი და მათი მტკიცების ტვირთი პროცესის მონაწილე მხოლოდ ერთ მხარეს დაეკისრა, რომლისთვისაც შეუძლებელი აღმოჩნდა ამ პროცესულური ბარიერის გადალახვა.

მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებისკენ იხრება ევროკავშირის მართლმსაჯულების სასამართლოც, რომელსაც მიმართა საფრანგეთის უბენაესმა სასამართლომ ევროკავშირის პროდუქტის უსაფრთხოების დირექტივის (EU Product Liability Directive) ინტერპრეტაციასთან დაკავშირებით. 2017 წლის 21 ივნისს ევროკავშირის მართლმსაჯულების სასამართლომ აღნიშნულ საქმეზე მიიღო გადაწყვეტილება.<sup>111</sup>

საქმის ფაქტობრივი გარემოებების მიხედვით, მოსარჩელეებმა აღძრეს სარჩელი ვაქცინის მწარმოებელი კომპანია „სანოფის“ წინააღმდეგ, რომელთა მიერ წარმოებულმა ვაქცინამ, მათი აზრით, გამოიწვია მათი ნათესავის გაფანტული სკლეროზით დაავადება და საბოლოოდ, 2011 წელს გარდაცვალება. სასამართლოს მსჯელობიდან გამომდინარე, მიზეზობრივი კავშირი დგინდება ევროკავშირის პროდუქტის უსაფრთხოების დირექტივის მე-4 მუხლის მიხედვით, რომელიც ამბობს, რომ აღნიშნული მოსარჩელის პასუხისმგებლობაა და მტკიცების ტვირთი ეკისრება დაზარალებულ მხარეს.

<sup>107</sup> Snell v. Farrell.  
<sup>108</sup> საქართველოს უბენაესი სასამართლოს 2007 წლის 27 ნოემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე #ას-537-879-07.  
<sup>109</sup> ძვლის ტვინის ანთება, [https://mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/infeqciuri/956-osteomieliti-dzvlis-tvinis-antheba.html]

<sup>110</sup> საქართველოს უბენაესი სასამართლოს 2014 წლის 28 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-260-244-2014.  
<sup>111</sup> Court of Justice of the European Union, Judgment of the Court (Second Chamber) of 21 June 2017, N. W and Others v Sanofi Pasteur MSD SNC and Others.

ამის პარალელურად, სასამართლომ აღნიშნა, რომ მხარეთა თანასწორობისა და მართებულობის (validity) პრინციპების გათვალისწინებით, ევროკავშირის წევრებმა უნდა დაადგინონ მტკიცების ტვირთის განსაზღვრისა და დასაშვები მტკიცებულების წარდგენის ადეკვატური პროცედურა. თუმცა, ეროვნულმა წესებმა ხელი არ უნდა შეუშალოს მტკიცების ტვირთის განაწილებას იმგვარად, რომ მოსარჩელეს მიეცეს საშუალება დაამტკიცოს ვაქცინაში დეფექტის არსებობა და მიზეზობრივი კავშირი დეფექტსა და მიყენებულ ზიანს შორის. იმ შემთხვევებში, როდესაც სამედიცინო კვლევა არ იძლევა შესაბამის მტკიცებულებას ან გამორიცხავს ვაქცინის გამოყენებასა და დაავადების დაწყებას შორის კავშირის არსებობას, მოსარჩელეს საკუთარი პოზიციის გასამყარებლად უფლება აქვს წარმოადგინოს სხვა მტკიცებულები, მაგალითად, დროის სიახლოვე ვაქცინის გაკეთებასა და დაავადების შეყრას შორის, ავადმყოფობის არარსებობა ოჯახის ისტორიაში და სხვა, იმისათვის, რომ დაარწმუნოს სასამართლო მიზეზობრივი კავშირის არსებობაში.

აღნიშნული მიდგომა შესაძლოა გამოყენებულ იქნას არა მხოლოდ მწარმოებლის პასუხისმგებლობის შემთხვევაში, არამედ ნებისმიერ ისეთ შემთხვევაში, სადაც დასამტკიცებელია კორელაცია ზიანსა და მკურნალობას შორის. წარმოდგენილი გადაწყვეტილება მტკიცების ტვირთის შემსუბუქების ნათელი მაგალითია და საშუალებას აძლევს მოპასუხე მხარეს ნაკლები ძალისხმევით გამოყენებით დადასტუროს მიზეზობრივი კავშირის ფაქტის არსებობა. თუ ექსპერტის დასკვნით პირდაპირ არ დასტურდება მიზეზობრივი კავშირი ექიმის ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის, მოპასუხეს შეუძლია წარმოადგინოს სხვა მტკიცებულებები, რომლებსაც სასამართლომ ექსპერტის დასკვნასთან გათანაბრებული წონა უნდა მიანიჭოს და გაითვალისწინოს საბოლოო გადაწყვეტილების გამოტანის დროს. აშკარაა, რომ გარკვეული ფაქტები არ შეიძლება დადასტურდეს მათი სპეციფიკური და რთული ბუნების გამო, თუმცა, ამ რეალობამ ხელი არ უნდა შეუშალოს პაციენტისათვის კანონიერი შედეგის დადგომას.

მოსარჩელე პაციენტებს მიზეზობრივი კავშირის დადასტურების პრობლემა წარმოეშვათ გერმანულ სასამართლოებშიც, რისთვისაც საჭირო გახდა მტკიცების სტანდარტის შემსუბუქება. გერმანიის სასამართლოებმა ბევრჯერ განიხილეს საკითხი, თუ როდის არის გამართლებული მტკიცების ტვირთის შეცვლა სხვადასხვა პრეზუმფციით. მაგალითად, ზიანი, რომელიც შეესაბამებოდა მკურნალობისთვის დამახასიათებელ გავრცელებულ რისკს და რომლის კონტროლიც ექიმს უნდა შეეძლოს, ჩათვლილიყო სამედიცინო შეცდომის პრეზუმფციის წარმოშობის საფუძვლად.<sup>112</sup>

ერთ-ერთ საქმეში გერმანიის საკონსტიტუციო სასამართლომ ხაზგასმით აღნიშნა, რომ სამედიცინო შეცდომის საქმეებში სასამართლო ვალდებულია უზრუნველყოს მხარეთა თანასწორობა, როგორც კონსტიტუციური საპროცესო უფლება, ამიტომ პაციენტმა უნდა მიიღოს მტკიცების ტვირთის შებრუნების უფლება.<sup>113</sup> მხარეთა თანასწორობის უზრუნველსაყოფად, გერმანიის სასამართლოებმა შეიმუშავეს ე.წ. „სრულად მართვადი რისკების დოქტრინა“ სამედიცინო შეცდომების საქმეებზე, რომლის მიზანია მტკიცების მკაცრი სტანდარტების შემსუბუქება ან ზოგიერთ შემთხვევაში, მკურნალ მხარეზე გადატანა.<sup>114</sup> „სრულად მართვადი რისკების დოქტრინა“ (volbeherrschbare Risiken) ამტკიცებს, რომ იმ შემთხვევაში, თუ პრობლემა წარმოიქმნება ექიმის ექსკლუზიური პასუხისმგებლობის ქვეშ, ივარაუდება, რომ პრობლემის მიზეზი ექიმის დაუდევრობაა. მაგალითად, თუ პაციენტს ჰქონდა ტვინის დაზიანება რადგან ანესთეზიის დროს აღმოჩნდა, რომ ის მოწყვეტილი იყო ჟანგბადის სისტემისგან, მაშინაც კი, თუ შეუძლებელია ჟანგბადის სისტემის გაუმართაობის დადგენა, მაგრამ აღმოჩნდებოდა, რომ მოწყობილობა რაღაც მომენტში უყურადღებოდ იყო დატოვებული, სასამართლო პასუხისმგებლობას დააკისრებს ჯანდაცვის დაწესებულებას, რადგან სათანადო ყურადღებებიანობა თავიდან აიცილებდა მგავს პრობლემას.<sup>115</sup>

მსგავსი მიდგომა აისახა გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის §630h(1) პუნქტში, რომლის თანახმად, სამედიცინო შეცდომა ივარაუდება, რომ ჩადენილია სამედიცინო მომსახურების

<sup>112</sup> S. Greifeneder, *The Healthcare Law Review: Germany, the LAWREVIEWS*, 2021.

<sup>113</sup> Decision of the Constitutional Court of Germany, BVerfG, 25 July 1979, NJW 1979, 1925.

<sup>114</sup> M. Bussani, A.J. Sebok, M. Infantino, *Common Law and Civil Law Perspectives on Tort Law*, Oxford University press, 2022, 68.

<sup>115</sup> S. M. Stauch, *Medical Malpractice and Compensation in Germany*, volume 86, Chicago-Kent Law Review, 2011, 1154.

გამწევი მხარის მიერ, თუ მკურნალობის ზოგადი რისკი მატერიალიზდა/აღსრულდა, სამედიცინო მხარისთვის იგი სრულად მართვადი იყო და ზიანი მიაყენა პაციენტის სიცოცხლეს, კიდურის ფუნქციონირებას ან/და ჯანმრთელობას.<sup>116</sup> ცხადია, რომ ასეთ შემთხვევაში, მკურნალ მხარეზე გადადის სამედიცინო შეცდომის ახსნისა და დასაბუთების პასუხისმგებლობა.

ინგლისური სასამართლო პრაქტიკა, რომელიც წარსულში ექიმს ფაქტობრივად ხელშეუხებლად და უშეცდომოდ განიხილავდა (Doctor knows best),<sup>117</sup> ბოლო ათწლეულის განმავლობაში პაციენტისთვის მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებისკენ იხრება. ინგლისური სამართლის მიხედვით, სამედიცინო დავაში პასუხისმგებლობის წარმოშობის რამდენიმე წინაპირობა არსებობს: სამედიცინო დაწესებულების მიერ პაციენტის მიმართ ზრუნვის მოვალეობის წარმოშობა, ზრუნვის მოვალეობის დარღვევა და ზიანის დადგომა, რომელიც ზრუნვის მოვალეობის დარღვევამ გამოიწვია.<sup>118</sup> მიზეზობრივი კავშირის დადასტურება პაციენტისთვის ყველაზე დიდ სირთულეს წარმოადგენს, რადგან მოსარჩელებმა უნდა დაძლიონ ამკარა ინფორმაციული დეფიციტი, რომელიც მათგან დამოუკიდებლად შექმნილი. ისეთ შემთხვევებში, როდესაც სამართალდარღვევა გაურკვეველი ხასიათისაა და აღნიშნული გაურკვევლობა პირდაპირ ან არაპირდაპირ მომდინარეობს მოპასუხე მხარისგან [სამედიცინო დაწესებულებისაგან], მტკიცების ტვირთი უნდა შეიცვალოს ისე, რომ გაურკვევლობა არ იქნას გამოყენებული სამართალდამრღვევის სასარგებლოდ. მტკიცების ტვირთის შებრუნება მსგავსი სცენარის დროს არ შეძლება ჩაითვალოს რადიკალურ ან მართლმსაჯულებისთვის საზიანო ნაბიჯად, რადგან სამედიცინო დავებში მიზეზობრიობის სწორად დადგენა მინიმალური ზღვრული მოთხოვნაა. მოსარჩელის გათავისუფლება მიზეზობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთისაგან არ ათავისუფ-

ლებს მას გაუფრთხილებლობის დადასტურებისგან და იმის მტკიცებისგან, რომ გაუფრთხილებელი ქმედება წარმოშობდა დამდგარი ზიანის რისკს.<sup>119</sup>

### 1.1 McGhee Case

ქვანახშირის გამგეობის თანამშრომელმა შეიტანა სარჩელი და ამტკიცებდა, რომ მისი დერმატიტი წარმოიშვა დამსაქმებლის მოვალეობის დარღვევით, რადგან ამ უკანასკნელმა არ უზრუნველყო თანამშრომლები სათანადო სარეცხი საშუალებებით. მოსარჩელეს მოუწია სახლში ველოსიპედით წასვლა აგურის მტვრიანი ხელებით, რამაც მოსარჩელის ხელების დაზიანება გამოიწვია. პრობლემა იყო იმის დადგენა, ნამდვილად სამუშაო ადგილზე მიკრულმა მტვერმა გამოიწვია თუ არა ხელების დაზიანება. ლორდთა პალატამ დაადგინა, რომ მოპასუხის მიერ უსაფრთხოებისა და ჰიგიენის წესების დარღვევამ არსებითად შეუწყო ხელი მოსარჩელის დაზიანებას, მიუხედავად იმისა, რომ „რომ არა“ ტექსტის (but for test)<sup>120</sup> მიხედვით, ვერ დგინდებოდა მიზეზობრივი კავშირი მოპასუხის ქმედებასა და დამდგარ ზიანს შორის, კონკრეტულად კი ვერ დგინდებოდა, რომ მაინცდამაინც სამუშაო ადგილზე მიკრულმა მტვერმა გამოიწვია დერმატიტი. ლორდ უილბერფორსის განმარტებით, მას შემდეგ, რაც მოსარჩელემ პროცესზე განაცხადა, რომ მოპასუხის, როგორც დამსაქმებლის, მოვალეობის დარღვევამ შექმნა ზიანის რისკი, იმის მტკიცების ტვირთი, რომ დარღვევამ არ შეუწყო ხელი ზიანის დადგომას, დაეკისრა მოპასუხეს.<sup>121</sup>

მოცემულ საქმეში გადამწყვეტი როლი დამსაქმებლის მოვალეობის დარღვევამ შეასრულა. დამსაქმებელმა დასაქმებულები აუცილებელი სარეცხი საშუალებებით არ უზრუნველყო, რითაც შექმნა ზიანის მომეტებული რისკი, რაც რეალურადაც მატერიალიზდა (დერმატიტი).

<sup>116</sup> BGB, § 630h(1).

<sup>117</sup> D. Giesen, *International Medical Malpractice Law*, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, Boston, London, 1988, 302.

<sup>118</sup> N. Nelson, *Bringing a medical negligence claim*, 2022, Specters.

<sup>119</sup> S. M. Peters, *Shifting the Burden of Proof on Causation: The One Who Creates Uncertainty Should Bear Its Burden*, *Journal of Tort Law*, 2020, Abstract.

<sup>120</sup> ინგლისის სასამართლო ადგენს მიზეზობრივ კავშირს იმის შეფასებით, არის თუ არა ექიმის საქციელი ფაქტობრივად პაციენტის ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიყენების პირდაპირი მიზეზი და, ამ წესის შესაბამისად, პაცი-

ენტი ვალდებულია დაამტკიცოს, რომ მკურნალობა დაუდევრობით რომ არ ყოფილიყო ჩატარებული, პაციენტს ზიანი არ მიადგებოდა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, რომ არა (but for) დაუდევარი ქმედება, ზიანი არ დადგებოდა. ამასთან დაკავშირებით ინგლისის სასამართლო პრაქტიკამ არაერთხელ მიუთითა ალბათობის 50 პროცენტთან ზღვარზე, რაც არის მათემატიკური კრიტერიუმი, რომელიც სასამართლომ უნდა გაითვალისწინოს გადაწყვეტილების გამოტანისას. იხ. [https://www.law.cornell.edu/wex/but-for\\_test](https://www.law.cornell.edu/wex/but-for_test), [წვდომის თარიღი: 18.07.2022].

<sup>121</sup> *McGhee v National Coal Board*

უტყუარად ვერ დასტურდებოდა, რომ მოსარჩელეს მტვერი დასაქმების ადგილას მიეკრო და არა, მაგალითად, გზაში ველოსიპედით სიარულისას, თუმცა დამსაქმებლის მოვალეობის დარღვევამ წარმოშვა დარღვევასა და ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირის არსებობის პრეზუმფცია, რომლის გაქარწყლების ვალდებულებაც დამსაქმებელს დაეკისრა.

განსხვავებულად გადაწყვიტა საკითხი ლორდთა პალატამ სამედიცინო დაუდევრობის საქმეში *Wilsher v. Essex Area Health Authority*<sup>122</sup>, რადგან ამ შემთხვევაში საქმეში ფიგურირებდა ზიანის გამომწვევი რამდენიმე თანაბარმნიშვნელოვანი მიზეზი. საქმე ეხებოდა ნაადრევ მშობიარობას, რომელსაც მოჰყვა ბავშვის დაბრმავება მოპასუხე კლინიკის პოსტნატალურ განყოფილებაში მკურნალობის შემდეგ. დადგინდა, რომ საავადმყოფოს პერსონალმა ჩვილი სიცოცხლის პირველ კვირებში გადაჭარბებული ჟანგბადით დაასხივა, თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ფაქტმა შესაძლოა ხელი შეუწყო ბავშვის დაბრმავებას, ასევე არსებობდა ოთხი ან ხუთი სხვა მიზეზი, რომელსაც შეეძლო იგივე ეფექტი ჰქონოდა ბავშვის მხედველობაზე.<sup>123</sup> ლორდ ბრიჯმა წარმოადგინა ლორდთა პალატის ერთსულოვანი შეხედულება: ამ ვითარებაში არ იქნებოდა მიზანშეწონილი მტკიცების ტვირთის შებრუნება, როგორც ეს *McGhee*-ს საქმეში მოხდა. განსახილველი საქმის ვითარება სრულებით განსხვავდება *McGhee*-ს საქმისაგან, სადაც ზიანის მიმყენებელი მხოლოდ ერთი ფაქტორი - აგურის მტვერი არსებობდა და სიფრთხილის ზომების შეუსრულებლობას მოჰყვა აგურის მტვრით გამოწვეული დერმატიტი. განსახილველ შემთხვევაში, დაბუსტებით ვერ ვიტყვით, რომ ხუთიდან მხოლოდ ერთი შესაძლო მიზეზის (ჟანგბადის გადაჭარბებული სატურაციის) წინააღმდეგ პრევენციული ზომების მიღება შეცვლიდა დამდგარ ზიანს. მოცემული ვითარება „რომ არა“ (but for) ტესტს ვერ ამართლებს, დანამდვილებით ვერ ვიტყვით, რომ „რომ არა ჟანგბადის სატურაცია, ბავშვი არ დაბრმავდებოდა“.<sup>124</sup>

## 2. ურთიერთობის „სუსტი“ და „ძლიერი“ მხარე

მტკიცების ტვირთის შებრუნების ტენდენციის ერთ-ერთი განმარტებელი მიზეზია პაციენტის არაკომპეტენტურობა. მოსარჩელემ უნდა დაძლიოს ფუნდამენტური უსამართლობა, რომელიც მტკიცებულებებზე წვდომის შეზღუდვისგან და სპეციალური ცოდნის არქონისგან გამომწვეული.<sup>125</sup> განვითარებული ქვეყნების სამართლო პრაქტიკაში უფრო და უფრო ხშირია ამ მიზეზით მტკიცების ტვირთის შებრუნება პაციენტის სასარგებლოდ. მცდარი სამედიცინო ქმედებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების დროს მტკიცებულებების მოპოვებისა და მტკიცების ტვირთის განაწილების სირთულეზე მიუთითა ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სამართლომ საქმეში *STORCK v. GERMANY*. სასამართლომ აღნიშნა, რომ მისთვის ცნობილია იმ ზოგადი სირთულეების შესახებ, რომელსაც პაციენტი აწყდება ექიმის შეცდომასა და ჯანმრთელობის დაზიანებას შორის მიზეზობრივი კავშირის დამტკიცებისას.<sup>126</sup>

სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის ურთიერთობა თავისი ბუნებით ასიმეტრიულია, რადგან პაციენტს, რომელსაც მიადგა ზიანი, არ გააჩნია სპეციალური ცოდნა, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებას აქვს საკმარისი რესურსი და კომპეტენცია იმის დასამტკიცებლად, რომ ზიანი გამოიწვია არა ექიმის ქმედებამ, არამედ სხვა ფაქტორმა. თბილისის საქალაქო სასამართლო ერთ-ერთ საქმეში არგუმენტირებულად მიუთითებს მხარეთა ასიმეტრიულობის პრობლემაზე ზოგადად სამოქალაქო სამართალწარმოებაში. მისი განმარტებით, ასიმეტრიულობა განპირობებულია სამართლებრივ ურთიერთობაში მონაწილე მხარეების სუბიექტების სტატუსების დიფერენცირებითა და მხარეთა პოზიციურად და რესურსების გადანაწილებით განსხვავებულ პირობებში არსებობით. ამგვარი დიფერენცირება წარმოშობს „სუსტ“ და „ძლიერ“ მხარედ დაყოფას, არსებული დისბალანსი კი მოითხოვს „სუსტი“ მხარის ინტერესების დაცვის აუცილებლობას. სისუსტის განმარტებელი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი სწორედ ნაკლებინფორმი-

<sup>122</sup> *Wilsher v. Essex Area Health Authority*

<sup>123</sup> *Ibid.*

<sup>124</sup> S. M. Stauch, *Causation Issues in Medical Malpractice: A United Kingdom Perspective*, volume 5, *The Nottingham Law School*, 1996, 253.

<sup>125</sup> S. Silin, *Shifting the Burden: Fairness for Injured Persons*, Berman and Simmons, 2022.

<sup>126</sup> *STORCK v. GERMANY*.

რებულობაა. ეს მას სათანადო არჩევნის გაკეთებისა და თავისუფალი ნების ფორმირების შესაძლებლობას ართმევს.<sup>127</sup> შესაბამისად, მტკიცების ტვირთის შებრუნების აუცილებლობა შესაძლოა გამომდინარეობდეს მხარეთა სტრუქტურული უთანასწორობიდან, რასაც პაციენტის ნაკლებინფორმირებულობა და არაკომპეტენტურობა განაპირობებს.

სამოქალაქო საპროცესო სამართალში მტკიცების ტვირთის სამართლიანი და ობიექტური განაწილების სტანდარტიდან გამომდინარე, მტკიცების ტვირთი ნაწილდება იმგვარად, რომ მოსარჩელესა და მოპასუხეს უნდა დაეკისროთ იმ ფაქტების დამტკიცების ტვირთი, რომლის მტკიცება მათთვის უფრო მარტივი და ობიექტურად შესაძლებელია.<sup>128</sup>

აღნიშნული სტანდარტი ვრცელდება, მაგალითად, შრომითსამართლებრივ ურთიერთობებზეც, სადაც შრომითი ურთიერთობის შეწყვეტის კანონიერი მიზეზის მტკიცების ტვირთი უნდა ეკისრებოდეს დამსაქმებელს. მტკიცების ტვირთის სპეციალური განაწილება ეფუძნება შრომითი ურთიერთობის განსაკუთრებულ ბუნებას, სადაც მხარეები ჰორიზონტალურ სიბრტყეში ვერ იქნებიან აღქმულნი ერთმანეთის მიმართ. დამსაქმებელი ასეთი შინაარსის სამართალურთიერთობაში წარმოადგენს ხელშეკრულების „ძლიერ“ მხარეს - მას მიუწვდება ხელი ყველა იმ საჭირო მექანიზმსა და მონაცემზე, რომლებითაც შრომითი ურთიერთობის რაიმე სახის ცვლილება უნდა დასაბუთდეს, ხოლო დასაქმებული - „სუსტ“ მხარეს, რომელმაც თავისი პოზიცია მის ხელთ არსებული მწირი ინსტრუმენტებით უნდა ამტკიცოს.<sup>129</sup>

შედარებისთვის, სლოვენის კანონმდებლობით, ჯანდაცვის პროფესიონალების პასუხისმგებლობა დამოკიდებულია მოსარჩელის უნარზე, განაცხადოს და დაამტკიცოს, რომ მკურნალობის ხელშეკრულება დაირღვა. სარჩელის განსახილველად აუცილებელია სამედიცინო მუშაკის ქცევასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირის დადგენა, აგრეთვე შეცდომის არსებობისა და მასშტაბის დადასტურება. მეორე მხრივ, პასუ-

ხისმგებლობის თავიდან აცილების მიზნით, ექიმმა უნდა დაამტკიცოს, რომ პაციენტთან ხელშეკრულების დადების შემდეგ წარმოშობილი გაუთვალისწინებელი გარემოებების გამო ვერ შეასრულა სახელშეკრულებო ვალდებულებები და არ გააჩნდა მათი პრევენციის, აღმოფხვრის ან თავიდან აცილების შესაძლებლობა.<sup>130</sup> სასამართლო ექსპერტის დახმარებით განსაზღვრავს სამედიცინო სტანდარტებისა და ნორმების შინაარსს და ადგენს, თუ რას მოითხოვს თანამედროვე სამედიცინო დოქტრინა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ანუ დარგის პროფესიონალი განსაზღვრავს სამედიცინო სტანდარტებსა და ნორმებს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებასთან თანხვედრაში.<sup>131</sup>

სლოვენის სამართლებრივ სისტემაში მოსარჩელეს ეკისრება ყველა ზემოაღნიშნული ასპექტის დამტკიცების ტვირთი, გარდა მოპასუხის ბრალეულობისა, რაც არ არის მარტივი. სამართლის მეცნიერები აღნიშნავენ, რომ ყველაზე დიდი სირთულე მდგომარეობს პაციენტის ინფორმაციულ და პროფესიულ დეფიციტში. სამედიცინო მუშაკი ფლობს კონკრეტულ ინფორმაციას მკურნალობის შესახებ (თუნდაც ის არ იყოს დოკუმენტირებული), რომელიც ჩვეულებრივ მიუწვდომელია პაციენტისთვის. დილემა მდგომარეობს იმაში, ამართლებს თუ არა სამედიცინო შეცდომების საქმეების თავისებურებები და სირთულეები მტკიცების ჩვეულებრივი სტანდარტიდან გადახვევას?<sup>132</sup>

სლოვენიაში ბოლოდროინდელი სასამართლო პრაქტიკით შემსუბუქდა მტკიცების სტანდარტი სამედიცინო შეცდომების საქმეებში ორი მიზეზის გამო: პირველი, სამედიცინო მკურნალობის შედეგი ბუნებით გაურკვეველი, არაზუსტი და სპეციფიკურია და მეორე, მოსარჩელეს ხშირად არ შეუძლია დაადგინოს ექიმის მკურნალობის მოქმედი სტანდარტებისგან გადახვევა და მოვლის სტანდარტების დარღვევა (duty of care) ინფორმაციისა და ცოდნის ნაკლებობის გამო, რაც, როგორც უკვე აღინიშნა, არის ჯანდაცვის პროვაიდერების ექსკლუზიური კომპეტენცია.<sup>133</sup>

<sup>127</sup> თბილისის საქალაქო სასამართლოს 2019 წლის 05 ივლისის გადაწყვეტილება საქმეზე No2/35760-18.

<sup>128</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 15 სექტემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე Nას-711-670-2011.

<sup>129</sup> თბილისის საქალაქო სასამართლოს 2017 წლის 29 ნოემბრის გადაწყვეტილება საქმეზე №2/6358-16.

<sup>130</sup> N. Cek, THE STANDARDS OF PROOF IN MEDICAL MALPRACTICE CASES“ MEDICINE, LAW & SOCIETY Vol. 13, No. 2, 2020, Slovenia, 174.

<sup>131</sup> Ibid.

<sup>132</sup> Ibid., 175

<sup>133</sup> Ibid., 176

კიდევ ერთი პრობლემა, რასაც მკვლევარები აღნიშნავენ, არის ექსპერტის მიუკერძოებლობის საკითხი. მოსარჩელის არაკომპეტენტურობის გამო, ფაქტები, რომლებიც დაკავშირებულია ექიმის მოვალეობის დარღვევასთან, ჩვეულებრივ ფასდება სამედიცინო ექსპერტების დახმარებით. ეს კი, პროფესიული სოლიდარობის გამო, კიდევ უფრო მეტ სირთულეებს იწვევს. მიუხედავად იმისა, რომ ექსპერტის ჩარევა თეორიულად ზრდის მტკიცებულებათა საიმედოობას, ეს არავითარ შემთხვევაში არ არის სრულფასოვანი გამოსავალი, ექიმთა პროფესიული სოლიდარობისა და კოლეგიალურობის გამო.<sup>134</sup> არსებობს საფრთხე, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში, მედიცინის მუშაკმა თავისი კოლეგის პოზიცია დაიკავოს, რაც რეალურად ხელს უშლის მოსარჩელეს მტკიცების აუცილებელი სტანდარტის დაცვაში.<sup>135</sup>

სლოვენის სასამართლოებმა დაადგინეს, რომ სამედიცინო დავების საუკეთესო გადაწყვეტა შეიძლება იყოს მტკიცების ტრადიციული სტანდარტის შემსუბუქება (softening). ეს გულისხმობს განსხვავებულ მტკიცების პროცესს სამედიცინო შეცდომების შემთხვევაში, რომელიც შექმნილია იმისთვის, რომ ხელი შეუწყოს პაციენტის, როგორც დაზარალებული მხარის, პოზიციას და იმის გაცნობიერებას, რომ პაციენტი არის სუსტი მხარე სამედიცინო ურთიერთობაში. პარალელურად გატარდა გარკვეული ღონისძიებები მიზნობრივი კავშირის დადგენის გამარტივების მიზნით.<sup>136</sup>

სლოვენის სასამართლომ განმარტა, რომ „მტკიცების სტანდარტი არ არის პროცედურა, რომელიც ერთნაირად იქნება გამოყენებული ყველა საქმესა და ყველა ცხოვრებისეულ სიტუაციაში.“<sup>137</sup> მტკიცების საყოველთაოდ მიღებული სტანდარტი - „გონივრულ ეჭვს მიღმა“, იყო ძალიან მკაცრი და არ არის ერთადერთი მისაღები შესაძლებლობა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც მტკიცების ტვირთი ერთი მხარისათვის განსაკუთრებით მძიმეა.<sup>138</sup>

სასამართლომ ასევე ხაზგასმით აღნიშნა, რომ სამედიცინო შეცდომის მიზეზების დადას-

ტურება ძალზე ჰიპოთეტურია და, ამ ფონზე, საკმარისი იქნება მოსარჩელემ დაამტკიცოს, რომ სამედიცინო პროფესიონალის სათანადო ქცევა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებდა პაციენტების მდგომარეობას.<sup>139</sup>

ნიშანდობლივია, რომ მტკიცების ტვირთის ახლებური გადანაწილების ტენდენცია სლოვენიაში ხელს უწყობს პაციენტის, როგორც სუსტი მხარის, პოზიციის დაცვას და არ შეიძლება ითქვას, რომ იგი უარყოფითად იმოქმედებს ურთიერთობაში უფრო ძლიერ მხარეზე - სამედიცინო დაწესებულებაზე, რადგან სწორედ ეს უკანასკნელი ფლობს ყველა საჭირო დოკუმენტაციას, პროფესიულ კომპეტენციას და სასამართლო პროცესის დროს ექსპერტის სოლიდარობასაც. ახლებური მიდგომით, დაძლეული იქნება მოსარჩელის ობიექტური უუნარობა წარმოადგინოს თავისი პოზიცია ისეთივე მყარად და არგუმენტირებულად, როგორც ეს მოპასუხე მხარეს შეუძლია. მტკიცების სტანდარტის შემსუბუქებით დაცული იქნება ისეთი ფუნდამენტური საპროცესოსამართლებრივი პრინციპი, როგორიც მხარეთა თანასწორობაა.

### 3. უხეში შეცდომა

სამედიცინო დავებში მტკიცების ტვირთის შებრუნების ტენდენციის ერთ-ერთი საფუძველი არის სამედიცინო პერსონალის მიერ ჩადენილი უხეში შეცდომა.<sup>140</sup>

ჩვეულებრივი და უხეში გაუფრთხილებლობის დეფინიცია არ გვხვდება სამოქალაქო სამართალში და სისხლისსამართლისაგან უნდა ვისესხოთ.<sup>141</sup> ჩვეულებრივი გაუფრთხილებლობის დასადგენად დაისმის კითხვა, თუ რას გააკეთებდა მსგავსი კვალიფიკაციის მქონე გონიერი ექიმი მსგავს სიტუაციაში. ხოლო, უხეში გაუფრთხილებლობისას კი სამედიცინო მომსახურის მიმწოდებლის ქმედება ნაკლებად გონივრულია, ვიდრე ჩვეულებრივი გაუფრთხილებლობის შემთხვევაში და მცირედ ან საერთოდ არ არის დაცული ზრუნვის მისაღები ხარისხი. უხეში გაუფრთხილებლობით ჩადენილი ქმედება

<sup>134</sup> Law Office of Colonna & Doyle, „Shifting the burden of proof in a medical malpractice case,“ 2017.

<sup>135</sup> N. Cek, THE STANDARDS OF PROOF IN MEDICAL MALPRACTICE CASES“ MEDICINE, LAW & SOCIETY Vol. 13, No. 2, 2020, Slovenia, 177.

<sup>136</sup> Ibid.

<sup>137</sup> Decision of the Supreme Court of Republic of Slovenia, Judgment II Ips 436/2005 (21 June 2007), Paragraph 9.

<sup>138</sup> Decision of the Supreme Court of the Republic of Slovenia, Judgment II Ips 402/2007 (13 May 2010).

<sup>139</sup> Decision of the Supreme Court of the Republic of Slovenia, Judgment II Ips 183/2015 (3 December 2015).

<sup>140</sup> M. Schaldach, D. Hohmann, R. Thull, F. Hein, Artificial Hip and Knee Joint Technology, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1976, 40.

<sup>141</sup> J. Moini, Law and Ethics for Pharmacy Technicians, Cengage Learning, 2nd edition, 2014, 9.



ისეთი არაგონივრული ქმედებაა, რომლის დამტკიცებასაც არ სჭირდება ექსპერტის მოწვევა, იგი თვალშისაცემი იქნება ჩვეულებრივი, არაპროფესიონალი ადამიანისთვისაც კი. მაგალითად, უხეში გაუფრთხილებლობით დაშვებული შეცდომის მაგალითია შემთხვევა, როდესაც ექიმი პაციენტს გამოუწერს წამალს, რომელზეც პაციენტს სამედიცინო ცნობაში წერილობით აქვს მითითებული, რომ ალერგიულია.<sup>142</sup> უხეში გაუფრთხილებლობა არის გულმოდგინებისა და მზრუნველობის ისეთი წესების დარღვევა, რომელსაც ნებისმიერ სადი აზრის მქონე ადამიანი უნდა ავლენდეს, რაც არ უნდა უყურადღებო იყოს იგი. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, უხეში გაუფრთხილებლობა განისაზღვრა, როგორც უუნარობა გამოავლინო თუნდაც უმნიშვნელო ზრუნვა ან ყურადღებობა, რასაც თუნდაც უყურადღებო ადამიანები ავლენენ.<sup>143</sup>

გერმანიის პრეცედენტული სამართლის მიხედვით, თუ დარღვევა სერიოზულია/უხეშია (gross error in treatment) მტკიცების ტვირთი ეკისრება ექიმს. სერიოზულ შეცდომად, როგორც წესი, განიხილება ექიმის მიერ დადგენილი სამედიცინო ნორმების აშკარა დარღვევა, რომელიც აუხსნელი და გაუგებარია ობიექტური ადმინისტრაციის გადმოსახედიდან.<sup>144</sup>

მაგალითისთვის, სერიოზული შეცდომა დაადგინა სასამართლომ, როდესაც ექიმმა ვერ აღმოაჩინა მენინგიტი ზუსტად გამოხატული სიმპტომების არსებობისას<sup>145</sup>, არ ჩაატარა სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევა ან მკურნალობა<sup>146</sup>, დაარღვია პაციენტისათვის დამატებითი გამოკვლევების ჩატარების აუცილებლობის შესახებ ინფორმირების მოვალეობა.<sup>147</sup>

იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზის დასმის დროს ექიმი, გაურკვეველი მიზეზების გამო, მოქმედებს დამტკიცებული სამედიცინო ცოდნისა და გამოცდილების საწინააღმდეგოდ და საბოლოოდ ჩადის მიუტევებელ შეცდომას, მაშინ ექიმის ქმედება შეიძლება შეფასდეს უღირს და უხეშ შეცდომად. მაგალითად, თუ ექიმი ვერ ამოიცნობს კისტას ან მოტეხილობას რენტგენის სურათზე, სადაც ყველაფერი იმდენად ნათ-

ლად ჩანს, რომ შეუძლებელია მისი არდანახვა, მაშინ ექიმის მიერ არასწორი დიაგნოზის დასმა ძალიან მარტივად შეიძლება შეფასდეს, როგორც უხეში შეცდომა.<sup>148</sup>

მიუნხენის უმაღლესი რეგიონალური სასამართლოს ერთ-ერთი უახლესი გადაწყვეტილება უხეში შეცდომის დროს მტკიცების ტვირთთან დაკავშირებით მიღებულ იქნა 2020 წლის 23 იანვარს. უმაღლესი რეგიონალური სასამართლო ამ საქმეში გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის 630h (5) პუნქტს დაეყრდნო, რომლის მიხედვითაც, თუ დაშვებულია უხეში შეცდომა, და თუ ეს ქმედება საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, კიდურის ფუნქციონირებას ან ჯანმრთელობას, ივარაუდება, რომ არასწორი მკურნალობა იყო ზიანის გამომწვევი მიზეზი. სასამართლომ დაასკვნა, რომ მკურნალობისას დაშვებულ იქნა უხეში შეცდომა, რამაც გამოიწვია არასრულწლოვნის პარაპლეგია (ქვედა კიდურების ფუნქციის მოშლა) და მტკიცების ტვირთი მოსარჩელებზე შეაბრუნა. შედეგად, სამედიცინო დაწესებულებას დაეკისრა 500,000 ევროს გადახდა გადატანილი ტკივილის კომპენსაციისთვის, ასევე სრული კომპენსაცია ყველა გაწეული და სამომავლო ხარჯებისთვის, რომელიც დაკავშირებულია მკურნალობის შეცდომასთან.<sup>149</sup>

გერმანიის სამოქალაქო კოდექსში პირდაპირ და არაორაზროვნადაა ასახული უხეში შეცდომის დროს მტკიცების ტვირთის შებრუნების საკითხი. უხეში შეცდომა იმდენად აშკარა და თვალშისაცემია, რომ წარმოშობს ექიმის მიერ სამედიცინო შეცდომის დაშვების პრეზუმფციას. ივარაუდება, რომ სწორედ ექიმის შეცდომამ გამოიწვია ზიანის მომტანი შედეგი პაციენტისათვის. აღნიშნული პრეზუმფციის წარმოშობა კი იმას ნიშნავს, რომ უკვე სამედიცინო დაწესებულებას აკისრია მიზეზობრივი კავშირის უარყოფის ტვირთი.

<sup>142</sup> <https://bit.ly/3wW3udD> [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]  
<sup>143</sup> Johnson v. Omondi  
<sup>144</sup> Federal Court of Justice, 1994 4 OCTOBER, NO VI ZR 205/963  
<sup>145</sup> Stuttgart court of appeal, 31.10.1996, no 14u52/95  
<sup>146</sup> Federal court of justice 29.03.1988 no VI zr 185/87  
<sup>147</sup> Federal court of justice 25.04.1989 no VI zr 175/88  
<sup>148</sup> მოწონელიძე, სამედიცინო შეცდომის დადგენის პრობლემემატიკა ექიმის პასუხისმგებლობის განსაზღვრის

დროს, საქართველოს უზენაესი სასამართლოსა და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაციის სამეცნიერო-პრაქტიკული იურიდიული ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“ #3, 2021,115.  
<sup>149</sup> Judgment of the Higher Regional Court Munich from 23 January 2020 ref. 1 U 2237/17.

#### 4. Res Ipsa Loquitur

Res Ipsa Loquitur (ლათ. საქმე თავისთავად მეტყველებს)<sup>150</sup> დოქტრინა ძალიან ჰგავს „სრულად მართვადი რისკების“ გერმანულ დოქტრინას და ასევე, უხეში გაუფრთხილებლობისას მტკიცების ტვირთის შებრუნების შემთხვევა-საც. იგი წარმოიშვა ინგლისში 1863 წელს, ძირითადად გამოიყენება ინგლისსა და აშშ-ში და და მოიხსენიება, როგორც მკაცრი პასუხისმგებლობის დოქტრინა.

Res Ipsa Loquitur დოქტრინის ფარგლებში, ექიმის მკურნალობის სტანდარტი იმდენად დაბალია ზრუნვის შესაბამის სტანდარტზე, რომ prima facie<sup>151</sup> დაუდევრობად ითვლება. მოსარჩელეს შეუძლია შექმნას მოპასუხის დაუდევრობის პრეზუმფცია იმის დამტკიცებით, რომ ზიანი არ დადგებოდა დაუდევრობის გარეშე, გარემოება, რომელმაც ზიანი გამოიწვია, იყო მოპასუხის ექსკლუზიური კონტროლის ქვეშ და მიყენებული ზიანის სხვაგვარი ახსნა არ არსებობს.<sup>152</sup>

Res Ipsa Loquitur დოქტრინის მსგავსი მიდგომა, რომელიც დაფუძნებულია prima facie მტკიცებულებებზე (Anscheinbeweis ან Prima Facie Beweis), გამოყენებულია გერმანიის სასამართლო პრაქტიკაში.<sup>153</sup> ეს დოქტრინა გამოიყენება პრეცედენტული სამართლის მეშვეობით ისეთ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, როდესაც აშკარაა შეცდომა მკურნალობის პროცესში.

უმეტეს სამედიცინო შეცდომის სარჩელში დარღვევა უნდა დადასტურდეს ექსპერტის ჩვენებით. თუმცა, Res ipsa loquitur შემთხვევაში, დარღვევა იმდენად აშკარაა, რომ ექსპერტის ჩვენება მოვლის/ზრუნვის სტანდარტის დარღვევასთან დაკავშირებით საჭირო აღარ არის. Res Ipsa Loquitur დოქტრინას ხშირად იყენებენ ამერიკის შეერთებული შტატების სასამართლოები. მათი განმარტებით, ასეთ შემთხვევებში, ზიანის არსებობა გულისხმობს მის დაუდევ-

რობით ჩადენას, ანუ იქმნება ქმედებით დაუდევრობით ჩადენის პრეზუმფცია და შესაბამისად, საწინააღმდეგოს მტკიცების ტვირთი გადადის მოპასუხე სამედიცინო მხარეზე.<sup>154</sup>

აღნიშნული დოქტრინის გამოყენებისათვის, წარმოდგენილი უნდა იყოს სამი წინაპირობა: 1) ინციდენტი იყო ისეთი ტიპის, რომელიც ჩვეულებრივ არ ხდება დაუდევრობის გარეშე; 2) ინციდენტი გამოწვეული იყო მხოლოდ მოპასუხის ექსკლუზიური კონტროლის ქვეშ 3) მოსარჩელეს ბრალი არ მიუძღვის ზიანის დადგომაში (შერეული ბრალის გამორიცხვა).<sup>155</sup>

Res Ipsa Loquitur დოქტრინის პრაქტიკული ილუსტრაციისთვის ნათელი მაგალითია Byrne v. Boadle "The Falling Flour Barrel" საქმე, რომელშიც ფეხით მოსიარულე დაშავდა მაღაზიის ზედა სართულიდან გადმოგდებული ფევილის კასრით. ინციდენტი **Prima Facie** წარმოადგენს დაუდევრობის ნათელ მაგალითს. პირები, რომლებიც ვალდებულნი იყვნენ, რომ კასრი უსაფრთხო ადგილას მოეთავსებინათ, Prima Facie პასუხისმგებელნი არიან ფეხით მოსიარულისთვის მიყენებული ზიანის გამო. ასეთ შემთხვევაში, მყისიერად წამოიშვა მოპასუხეთა პასუხისმგებლობის პრეზუმფცია. თუ არსებობს რაიმე გარემოება, რომელიც უარყოფს მოპასუხეთა პასუხისმგებლობას, მაშინ ამის მტკიცების ტვირთი სწორედ მოპასუხეებზე გადადის.<sup>156</sup>

სამედიცინო შეცდომის კონტექსტში, Res Ipsa Loquitur დოქტრინით დარეგულირებული ზოგიერთი გავრცელებული სცენარი მოიცავს, მაგალითად, ოპერაციის ან სხვა ინვაზიური პროცედურის შემდეგ პაციენტის სხეულში უცხო საგნის დატოვებას<sup>157</sup>, არასწორ პაციენტზე ოპერაციის ჩატარებას, პაციენტის სხეულის არასწორ ნაწილზე ოპერაციის ჩატარებას, არასწორი ორგანოს ამოჭრას ან გადანერგვას, აბორტის შეცდომით ჩატარებას და სხვა. უფრო ხშირად, დო-

<sup>150</sup> Definition Latin for "the thing speaks for itself." Overview In tort law, a principle that allows plaintiffs to meet their burden of proof with what is, in effect, circumstantial evidence. The plaintiff can create a rebuttable presumption of negligence. [https://www.law.cornell.edu/category/keywords/burden\\_of\\_production](https://www.law.cornell.edu/category/keywords/burden_of_production), [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>151</sup> **Prima Facie Case** Latin for "at first sight" (ერთი შეხედვით, თავისთავად). Prima Facie may be used as an adjective meaning "sufficient to establish a fact or raise a presumption unless disproved or rebutted." An example of this would be to use the term "prima facie evidence." *ib.*

[https://www.law.cornell.edu/wex/prima\\_facie](https://www.law.cornell.edu/wex/prima_facie), [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>152</sup> [https://www.law.cornell.edu/wex/res\\_ipsa\\_loquitur](https://www.law.cornell.edu/wex/res_ipsa_loquitur), [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>153</sup> <https://bit.ly/3wVStcg> [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>154</sup> Ybarra v. Spangard

<sup>155</sup> C. E. CARPENTER, THE DOCTRINE OF RES IPSA LOQUITUR, THE UNIVERSITY OF CHICAGO LAW REVIEW, Vol.1, 1934, 520.

<sup>156</sup> Byrne v. Boadle

<sup>157</sup> Gannon v. Elliot

ქტრინა გამოიყენება ტრანსფუზიის დროს აივ ინფექციით დაავადების შემთხვევაში.<sup>158</sup>

Res Ipsa Loquitur დოქტრინას დიდი პროცედურული ეფექტი აქვს, იგი საშუალებას აძლევს სასამართლოს მარტივად დაასკვნას, რომ პასუხისმგებლობა ეკისრება ექიმს, როდესაც საფრთხის შემცველი სიტუაცია მხოლოდ მისი კონტროლის ქვეშ იყო და რომ ნორმალურ პირობებში ზიანი არ დადგებოდა. გაუფრთხილებლობით ჩადენილი სამედიცინო შეცდომის პრეზუმფცია ავტომატურად წარმოიშობა ექიმის მიმართ და იმის მტკიცების ტვირთი, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ გამოიჩინა სათანადო გულმოდგინება მკურნალობის დროს, გადადის სამედიცინო დაწესებულებაზე.<sup>159</sup>

### 5. სამედიცინო დოკუმენტაცია

სამედიცინო დაწესებულების მიერ სამედიცინო დოკუმენტაციის სათანადო წესით წარმოება არსებითია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განსასაზღვრად და შესაფასებლად. მათი მტკიცებულებად წარმოდგენის შესაძლებლობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მტკიცების ტვირთის განაწილებაზე.<sup>160</sup>

სამედიცინო დოკუმენტაციის წესების დაცვა ერთერთი არსებითი ნაწილია, რადგან მიზეზშედეგობრიობის დადგენაში მას ყველაზე დიდი წვლილი მიუძღვის. სამედიცინო ბარათი ინდივიდუალურად უნდა ჰქონდეს ყველა პაციენტს, სადაც მითითებულია როგორც მისი საიდენტიფიკაციო მონაცემები, ისე მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ალერგიულობა, მიდრეკილება სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების მიმართ და ა.შ., ყველა ის მნიშვნელოვანი დეტალი, რომელიც შესაძლოა შემდგომში გართულების მიზეზი გახდეს. ამ დოკუმენტაციის წარმოების წესების დარღვევა თავისთავად გამოიწვევს შესა-

ბამისი სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას.<sup>161</sup>

ექიმი და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პერსონალი ვალდებული არიან დადგენილი წესით აწარმოონ ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში.<sup>162</sup> სწორედ ამგვარი დოკუმენტების გამოკვლევით დგინდება თუ რა კონკრეტული სადიაგნოზო, სამკურნალო ან/და ქირურგიული მოქმედება განახორციელა ექიმმა და რამდენად სწორად და დროულად განხორციელდა სამედიცინო ჩარევა. სამედიცინო დოკუმენტაციის დადგენილი წესით წარმოება მედიცინის მუშაკის მტკიცების ტვირთს ამსუბუქებს, რადგან ამა თუ იმ სავალდებულო სამკურნალო მოქმედების სათანადო განხორციელების დასადასტურებლად ექიმს შეუძლია, სამედიცინო დოკუმენტაცია გამოიყენოს. სამედიცინო ჩანაწერების წარმოდგენლობა საქმეზე ობიექტურად არსებული ვითარების დადგენას ართულებს.

ზოგიერთი სასამართლოს მიდგომით, სამედიცინო დოკუმენტაციის არარსებობის ან არასრულად წარმოდგენის შემთხვევაში დაიშვება სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაუფრთხილებელი ქმედების ვარაუდი, რაც არსებით გავლენას ახდენს მტკიცების ტვირთის განაწილებაზე და ამ უკანასკნელს აკისრებს ვალდებულებას, რომ ამტკიცოს თავისი ქმედების მართებულობა.<sup>163</sup>

იურიდიულ ლიტერატურაში გავრცელებული მოსაზრებით, სამედიცინო დოკუმენტების წარმოების ვალდებულების შეუსრულებლობა მიუთითებს იმ გარემოებაზე, რომ დაზარალებულს უმსუბუქდება მკურნალობის შეცდომასა და ჯანმრთელობის ან/და სიცოცხლისათვის მიყენებულ ზიანს შორის მიზეზშედეგობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთი.<sup>164</sup> მტკიცების ტვირთის ამგვარი ცვლილება ძალიან ართულებს სამედიცინო შეცდომის საქმეში სამედიცინო დაწესებულების პოზიციის გამართლებას.<sup>165</sup>

<sup>158</sup> <https://www.legalmatch.com/law-library/article/res-ipsa-loquitur-in-medical-malpractice.html>, [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>159</sup> M. R. Johnson, Rolling the "Barrel" a Little Further: Allowing Res Ipsa Loquitur To Assist in Proving Strict Liability in Tort Manufacturing Defects“, vol. 18, Art.10, 1997, 1219.

<sup>160</sup> W.T. Choctaw, *Avoiding Medical Malpractice – A Physician’s Guide to the Law*, Springer, New York, 2008, 12.

<sup>161</sup> შანავა, კაუზალობის პრობლემატიკა სამედიცინო მუშაკის მიერ მიყენებული ზიანისას, (სამაგისტრო ნაშრომი), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2021, 34.

<sup>162</sup> „ჯანდაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი, მუხლი 43.

<sup>163</sup> W.H. Jr. Roach, R.G. Hoban, B.M Broccolo, A.B. Roth, T.P. Blanchard, *Medical Records and the Law*, Fourth edition, AHIMA, Jones and Bartlett publishers, Massachusetts, 2006, 55.

<sup>164</sup> გაგუა, მტკიცების ტვირთი სამოქალაქო საპროცესო სამართალში (სადისერტაციო ნაშრომი), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2012, 55.

<sup>165</sup> W.H. Jr. Roach, R.G. Hoban, B.M Broccolo, A.B. Roth, T.P. Blanchard, *Medical Records and the Law*, Fourth edition, AHIMA, Jones and Bartlett publishers, Massachusetts, 2006, 48.

თბილისის სააპელაციო სასამართლოს განმარტებით, სამედიცინო დაწესებულებამ უშედეგო მკურნალობაში მისი ბრალი ვერ გააქარწყლა (პაციენტს ბრეკეტ სისტემის დაყენება კვლავ ესაჭიროებოდა). სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენელმა განმარტა, რომ დაწესებულებაში მომხდარი ქურდობის შედეგად სამედიცინო დოკუმენტაცია და სხვა სახის სამედიცინო მნიშვნელობის მტკიცებულებები დაიკარგა, რის გამოც ამ ფაქტის დამტკიცება შეუძლებელი იყო. სასამართლოს განმარტებით, მკურნალობის მართებულად ჩატარების ფაქტი სამკურნალო დაწესებულების მტკიცების საგანში შემავალი გარემოებაა. სამედიცინო დოკუმენტაციის სრულფასოვანი მომზადება სამედიცინო დაწესებულების ვალდებულებაა, მისი არარსებობა ან არასრული სახით არსებობა, თუნდაც, ეს დანაშაულის ჩადენით (ქურდობით) იყოს გამოწვეული, მისი პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლების საფუძველი ვერ გახდება. სამედიცინო დოკუმენტაციის არარსებობა ან არასწორად წარმოება გავლენას ახდენს მედიცინის მუშაკის მტკიცების ტვირთზე, ვინაიდან ექიმმა, მიუხედავად სამედიცინო დოკუმენტაციის არასათანადოობისა, უნდა ამტკიცოს მისი ქმედების სისწორე. ისეთ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტი სამედიცინო დაწესებულებას მის მიერ ჩატარებული მკურნალობის შედეგად მიყენებული ზიანის ანაზღაურებას ედავება, სწორედ სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა დაადასტუროს, თუ რა მდგომარეობა ჰქონდა პაციენტს მათ კლინიკაში მისვლისას და რა მდგომარეობა ჰქონდა იმ დროს, როდესაც მას პრეტენზია წარმოემშვა. აღნიშნული გარემოების დამტკიცება კი სამედიცინო დოკუმენტაციის არარსებობის პირობებში შეუძლებელია.<sup>166</sup>

სასამართლო დაეყრდნო მსგავს საქმეებზე საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მიერ მყარად დამკვიდრებულ პრაქტიკას, რომლის თანახმად,<sup>167</sup> სამედიცინო დოკუმენტაციის არარსებობა ან არასწორად და არასრულად წარმოება გავლენას ვერ მოახდენს სამედიცინო დაწესებულების ბრალეულობის საკითხის დადგენაში, ვინაიდან იგი, მართალია, უალტერნატივოდ იწვევს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციულ პასუხისმგებლობას, თუმცა სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებ-

ლობისათვის, ანუ ზიანის ანაზღაურების დაკისრებისათვის, აუცილებელია მცდარი სამედიცინო მოქმედების ფაქტის დადგენა, რაც განსახილველ შემთხვევაში ვერ დადგინდა. აპელანტმა კონკრეტულად ვერ მიუთითა ექიმის რომელი ქმედებები გახდა მისი მდგომარეობის დამძიმების მიზეზი, რამაც შემდგომი მკურნალობის საჭიროება გამოიწვია. შესაბამისად, სააპელაციო სასამართლო სრულად იზიარებს რა საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მიერ დამკვიდრებულ პრაქტიკას, მიიჩნევს, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციის არასათანადო წარმოება ექიმისთვის პასუხისმგებლობის დაკისრების ერთადერთი საფუძველი ვერ გახდება.<sup>168</sup>

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ გადაწყვეტილებაში თავდაპირველად მსჯელობა ლოგიკურად და თანმიმდევრულად ვითარდებოდა, საბოლოოდ სხვაგვარი გადაწყვეტილება იქნა მიღებული. სასამართლო მსჯელობისას აღიარებს, რომ სწორედ სამედიცინო დაწესებულების ვალდებულებაა დაადასტუროს, თუ რა მდგომარეობა ჰქონდა პაციენტს კლინიკაში მისვლისას და რა მდგომარეობა ჰქონდა იმ დროს, როდესაც მას პრეტენზია წარმოემშვა, აღნიშნული გარემოების დამტკიცება კი სამედიცინო დოკუმენტაციის არარსებობის პირობებში შეუძლებელია. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ ვერ შეძლო აღნიშნული ფაქტის დადასტურება, მას სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობა მაინც არ დაეკისრა. აქედან გამომდინარე, ქართული სასამართლოების მიდგომით, სამედიცინო დოკუმენტების წარმოების ვალდებულების შეუსრულებლობა ვერ გახდება დაზარალებულისათვის სამედიცინო შეცდომასა და მიყენებულ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთის შემსუბუქების საფუძველი. აღნიშნული მიდგომა ქმნის საფრთხეს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შესაძლოა წახალისდეს დოკუმენტების დამალვის პრაქტიკა იმ შემთხვევაში, როდესაც დოკუმენტაცია სამედიცინო შეცდომის დადასტურების აშკარა საფუძველი იქნება.

განსხვავებულად რეგულირდება საკითხი გერმანულ კანონმდებლობასა და პრაქტიკაში. სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს როგორც საზედამხედველო,

<sup>166</sup> თბილისის სააპელაციო სასამართლოს 2018 წლის 09 მარტის განჩინება საქმეზე №2ბ/1843-17.

<sup>167</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2016 წლის 22 იანვრის განჩინება საქმეზე №ას-1102-1038-2015.

<sup>168</sup> თბილისის სააპელაციო სასამართლოს 2018 წლის 09 მარტის განჩინება საქმეზე №2ბ/1843-17.

ასევე მტკიცების ტვირთის განაწილების დროს, რადგან სწორედ აღნიშნული ჩანაწერები იძლევა უზუსტეს წარმოდგენას პაციენტისთვის გაწეულ სამედიცინო მომსახურებაზე. დოკუმენტაციის წარმოდგენლობის ან არასრულად წარმოდგენის შემთხვევაში, წარმოიშობა კაუზალობის არსებობის პრეზუმფცია, რაც სამედიცინო დაწესებულების გაქარწყლების ვალდებულებად იქცევა.<sup>169</sup>

აღსანიშნავია გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის §630f მუხლი, რომლის მიხედვითაც, სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია აწარმოოს ჩანაწერები, იქნება ეს ქალაქად თუ ელექტრონულად, სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია ამ ჩანაწერებში შეიტანოს ყველა სამედიცინო პროცედურის აღწერა, ასევე თან დაურთოს ყველა ის დოკუმენტი, რომელსაც ხელს მოაწერს პაციენტი, ხოლო ცვლილებების შეტანა მხოლოდ მაშინ არის შესაძლებელი, თუკი ორიგინალის გარჩევა კვლავ შესაძლებელი იქნება. ექიმს ეკისრება პასუხისმგებლობა, როდესაც ის არ აწარმოებდა სამედიცინო ჩანაწერებს. მსგავსი პრეცედენტული საქმეებიდან მიღებული დასკვნები აისახა გერმანიის სამოქალაქო კოდექსში (§630h „5“).<sup>170</sup>

გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი პაციენტს უპირატეს პოზიციაში აყენებს თუ მკურნალ მხარეს არ აქვს წარმოებული სამედიცინო ჩანაწერები ან არ შეუნახავს (დაკარგა) იგი. ასეთ შემთხვევაში ივარაუდება, რომ მას სამედიცინო ჩანაწერები საერთოდ არ განუხორციელებია. §630h(3) მუხლი არაორაზროვნად მიუთითებს, რომ თუ მკურნალ მხარეს არ აქვს წარმოებული სამედიცინო ჩანაწერები, რომელიც შეიცავს ინფორმაციას აუცილებელი გატარებული მკურნალობის ღონისძიებებისა და მისი შედეგების შესახებ... ივარაუდება, რომ მას ეს ღონისძიება/სამედიცინო მანიპულაცია არ განუხორციელებია.<sup>171</sup>

ინგლისურ სასამართლო პროცესზე, მტკიცებულებებად გამოიყენება როგორც დოკუმენტირებული მასალები (სამედიცინო ჩანაწერები), ასევე მოწმეთა ჩვენებები. მხარეებს შორის უთანასწორობა (რადგან სამედიცინო დაწესებულება, პაციენტისგან განსხვავებით, ფლობს

როგორც დოკუმენტაციას, ასევე რელევანტურ ცოდნას), მოითხოვს სამედიცინო დაწესებულებისგან, რომ უზრუნველყოს ყველა საჭირო დოკუმენტაციის წარმოდგენა, მათ შორის იმ დოკუმენტაციის, რომელიც ადასტურებს თავისივე უკანონო ქმედებას (contra legem artis). დოკუმენტაციის ხარვეზის შემთხვევაში (თუ ის აკლია ან გაუგებარია) სასამართლო ვალდებულია აღადგინოს დაკარგული მონაცემები მოწმეთა ჩვენებების ან სხვა გზებით.<sup>172</sup> თუ მხარე, რომელიც ფლობს დოკუმენტს, უარს იტყვის მის სასამართლოში წარმოდგენაზე, სასამართლოს უფლება აქვს მიიჩნიოს, რომ დოკუმენტი არსებობს და მისი შინაარსი ამყარებს მოწინააღმდეგე მხარის სასარჩელო მოთხოვნას.<sup>173</sup>

მაშასადამე, როგორც გერმანულ, ასევე ინგლისურ სამართალში დოკუმენტაციის წარმოდგენლობა არსებით გავლენას ახდენს მტკიცების ტვირთის განაწილებაზე და საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებაზეც. გერმანული სამართალი, ინგლისურთან შედარებით, მკაცრი მიდგომით გამოირჩევა, რადგან იმ შემთხვევაში, თუ ექიმმა ვერ წარმოადგინა დოკუმენტაცია, იგი per se ითვლება, რომ მოიქცა დაუდევრად, რაც პროცედურული თვალსაზრისით ადგენს მცდარი სამედიცინო ქმედების პრეზუმფციას. ინგლისურ სამართალში კი, დოკუმენტაციის წარმოდგენლობის ან ნაკლიანად წარმოდგენის შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულებას საშუალება ეძლევა ჩაანაცვლოს იგი სხვა მტკიცებულებით, მაგალითად, მოწმეთა ჩვენებით აღადგინოს დოკუმენტაციაში ასახული ინფორმაცია. თუ მხარე მაინც ვერ წარმოადგენს მტკიცებულებას, სასამართლო მიიჩნევს, რომ დოკუმენტი არსებობს და იგი ამყარებს პაციენტის პოზიციას. ორივე შემთხვევაში, დოკუმენტაციის წარმოდგენლობა ამსუბუქებს პაციენტის მტკიცების სტანდარტს და სამედიცინო შეცდომის (მათ შორის, მიზეზობრივი კავშირის) მტკიცების ტვირთი გადააქვს სამედიცინო დაწესებულების მხარეს.

<sup>169</sup> G. Brüggemeier, *Modernising Civil Liability Law in Europe, China, Brazil and Russia*, Cambridge University Press, 2011, 43.

<sup>170</sup> <https://thelawreviews.co.uk/title/the-healthcare-law-review/germany>, [წვდომის თარიღი: 18.07.2022]

<sup>171</sup> P. Lanzer, *Textbook of Catheter-based Cardiovascular Interventions*, Second edition, Springer, 2013, 79.

<sup>172</sup> R. Lodge, *A matter of fact: establishing facts in a medical negligence case*, Kingsley Napely, 2021.

<sup>173</sup> S. M. Stauch, *Medical Malpractice and Compensation in Germany*, volume 86, *Chicago-Kent Law Review*, 2011, 1154.

## VII. დასკვნა

სამედიცინო შეცდომა, ინგლისური და აშშ-ს სამართლისგან განსხვავებით, ქართულ ნორმატიულ აქტებში ხუთი სხვადასხვა ტერმინითა და ამავე რაოდენობის განმარტებითაა გადმოცემული, რაც ქმნის ცნების ორაზროვნებისა და განუსაზღვრელობის საფუძველს. ყველა ტერმინიდან ძირითადი ელემენტის ამოღების, გაანალიზებისა და შეკავშირების შედეგად, შესაძლოა ერთიანი დეფინიციის ჩამოყალიბება: „სამედიცინო შეცდომა არის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ უნებლიეთ საზოგადოდ აღიარებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების დარღვევა, რაც პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა.“

სამედიცინო შეცდომით მიყენებული ზიანისათვის სამედიცინო დაწესებულება პასუხს აგებს ბრალეული, მართლსაწინააღმდეგო ქმედებისათვის, რომელმაც გამოიწვია ზიანი. ყურადსაღებია, რომ მკურნალობის შედეგის მიუხედავად, ქმედება მართლსაწინააღმდეგოა, თუ პაციენტს ზიანი მიადგა მოქმედი სამედიცინო სტანდარტებისგან გვერდის ავლით განხორციელებული სამედიცინო მომსახურებით. პაციენტს შეუძლია მოითხოვოს სხვადასხვა სახის ზიანის ანაზღაურება, ესენია: მატერიალური ზიანი ანუ იგივე ქონებრივი ზიანი, ყოველთვიური სარჩო, ან ერთჯერადი კომპენსაცია სარჩოს მაგივრად და მორალური ზიანის ანაზღაურება. მოთხოვნის უფლება აქვს ასევე გარდაცვლილი პაციენტის ოჯახის წევრსაც. რაც შეეხება ექიმის ბრალს, მის გამოსახატავად გამოყენებული ტერმინი „უნებლიეთ“ თავისთავად გამორიცხავს სამედიცინო შეცდომის შედეგად პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანში ექიმის განზრახ ბრალს. ბრალი განიხილება არა როგორც ექიმის სუბიექტური, ფსიქიკური განწყობა, არამედ როგორც პაციენტისათვის უარყოფითი შედეგების თავიდან აცილების მიზნით შესაძლო ობიექტური ზომების მიუღებლობა.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ქართულ სასამართლოებს სამედიცინო დავებში არაერთგვაროვანი დამოკიდებულება აქვთ მტკიცების ტვირთის განაწილების საკითხთან მიმართებით, რაც გამომდინარეობს ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო პრეზუმფციისგან. ერთ შემთხვევაში პრეზუმირებულია, რომ სამედიცინო პერსონალი კეთილსინდისიერი და გულისხმიერია, შესაბამისად, პასუხისმგებლობის წარმოშობის ყველა ელემენტი უნდა ამტკიცოს მოსა-

რჩელე მხარემ; მეორე შემთხვევაში კი დაშვებულია საწინააღმდეგო პრეზუმფცია, რის შედეგადაც მიზეზობრივი კავშირის მტკიცების ტვირთი გადადის მოპასუხე მხარეზე.

ქართულ სასამართლო გადაწყვეტილებებში, ძირითადად, ფაქტებზე მითითების ტვირთი და მათი მტკიცების ტვირთი პროცესის მონაწილე მხოლოდ ერთ მხარეს ეკისრება, რომლისთვისაც შეუძლებელია ამ პროცესუალური ბარიერის გადალახვა.

შედარებითსამართლებრივმა კვლევამ ცხადყო, რომ ბევრი ქვეყნის სასამართლო სამედიცინო დავებში მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებისკენ იხრება.

ინგლისისა და აშშ-ს სასამართლოების მიდგომით, პასუხისმგებლობის ყველა ელემენტის მტკიცება მოსარჩელე მხარისათვის ზედმეტად მძიმე ტვირთადაა მიჩნეული. ინგლისის სასამართლოების პრაქტიკის მიმოხილვის შედეგად გამოიკვეთა, რომ თუ მართლსაწინააღმდეგო ქმედება არა მხოლოდ ქმნის, არამედ ზრდის ზიანის მიყენების რისკს და რეალურად მატერიალიზდება, მაშინ წარმოიშობა მიზეზობრივი კავშირის არსებობის პრეზუმფცია, რომლის გაქარწყლების ვალდებულებაც სამედიცინო დაწესებულებას დაეკისრება. აღნიშნული მიდგომა სამართლებულია მაშინ, როდესაც ზიანის გამომწვევი ერთადერთი მიზეზი არსებობს.

აშშ-სა და ინგლისში ხშირად გამოიყენება *Res Ipsa Loquitur* დოქტრინა, რომლის ფარგლებში, ექიმის მკურნალობის სტანდარტი იმდენად დაბალია ზრუნვის შესაბამის სტანდარტზე, რომ *prima facie* დაუდევრობად ითვლება. მოსარჩელეს შეუძლია შექმნას მოპასუხის დაუდევრობის პრეზუმფცია იმის დამტკიცებით, რომ გარემოება, რომელმაც ზიანი გამოიწვია, იყო მოპასუხის ექსკლუზიური კონტროლის ქვეშ და მიყენებული ზიანის სხვაგვარი ახსნა არ არსებობს. მტკიცების ტვირთი, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ გამოიჩინა სათანადო გულმოდგინება მკურნალობის დროს, გადადის სამედიცინო დაწესებულებაზე.

მტკიცების ტვირთის შებრუნების კიდევ ერთი მიზეზი ინგლისსა და გერმანიაში არის სამედიცინო დაწესებულების მიერ სამედიცინო დოკუმენტაციის არასათანადო წესებით წარმოება. ქართული სასამართლოების მიერ დამკვიდრებული პრაქტიკისგან განსხვავებით, ამ ქვეყნების სასამართლოებში დოკუმენტაციის წარმოდგენლობა არსებით გავლენას ახდენს მტკიცების ტვირთის განაწილებაზე და საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებაზეც. დოკუმენტაციის წა-

რმოუდგენლობა ამსუბუქებს პაციენტის მტკიცების სტანდარტს და სამედიცინო შეცდომის (მათ შორის, მიზეზობრივი კავშირის) მტკიცების ტვირთი გადააქვს სამედიცინო დაწესებულების მხარეს.

მტკიცების ტვირთის შემსუბუქებისაკენ იხრება ევროკავშირის მართლმსაჯულების სასამართლოც, რომელიც საშუალებას აძლევს პაციენტს ექსპერტის დასკვნის გარდა სხვა იმგვარი მტკიცებულებებით დაადასტუროს მიზეზობ-

რივი კავშირის არსებობა, რომელთა მოპოვებასაც ნაკლები ძალისხმევა ესაჭიროება. სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის ბუნებით ასიმეტრიული ურთიერთობა მტკიცების ტვირთის შებრუნების ტენდენციის ერთ-ერთი განმაპირობებელი მიზეზია სლოვენიაში, ხოლო გერმანულ კანონმდებლობასა და პრაქტიკაში მტკიცების ტვირთის შებრუნების საფუძველია სამედიცინო პერსონალის მიერ ჩადენილი უხეში შეცდომა.

# ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების სამართლებრივი ასპექტები

ნინო ბერიძე

JG Counselors-ის იურისტი და ადმინისტრაციის ხელმძღვანელი

## 1. სამედიცინო სამართალში მოქმედი პრინციპები და მათი გავლენა ესთეტიკურ სამედიცინო მომსახურებაზე

ექიმს, თავისი პროფესიული საქმიანობის ფარგლებში, აქვს ვალდებულება, დაიცვას შემდეგი 4 ფუნდამენტური პრინციპი: პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა, სარგებლიანობა, ზიანის არმიყენება („არ ავნო“), სამართლიანობა<sup>1</sup>. ამ თავის ფარგლებში სწორედ წინამდებარე პრინციპებს განვხილავთ დეტალურად.

ზემოაღნიშნული 4 პრინციპი სათავეს იღებს სწორედ ჰიპოკრატეს ფიციდან - „საექიმო დანიშნულებას გავცემ მხოლოდ ავადმყოფის სასარგებლოდ ჩემი უნარის და შეხედულებისამებრ, გამოვიჩენ სიფრთხილეს და არ გამოვიყენებ მას ვნებისთვის და უსამართლოდ“.<sup>2</sup> აღნიშნული ჩანაწერი გვეუბნება, რომ ექიმმა თავისი ცოდნა უნდა გამოიყენოს პაციენტის სასარგებლოდ ისე, რომ არ ავნოს მას და არ მოექცეს უსამართლოდ.

სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი უფრო ფართოდ განმარტავს ექიმის ვალდებულებებს, რომ საკუთარმა შეხედულებებმა და უსამართლო დისკრიმინაციამ არ უნდა იქონიოს გავლენა მის (ექიმის) განსჯის უნარზე. იგი უნდა იყოს დამოუკიდებელი და პატივი სცეს პა-

ციენტის უპირატესობებს. ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარება კი უნდა შეესაბამებოდეს მის კვალიფიკაციას.

აღნიშნული ჩანაწერი წარმოადგენს მოკლე ექსკურსს. შემდგომ ქვეთავებში აუცილებლად უნდა განვიხილოთ თითოეული პრინციპი სათითაოდ და ერთმანეთთან მიმართებაში.

### 1.1. სარგებლიანობის პრინციპი

სარგებლიანობის პრინციპი ნიშნავს იმას, რომ ექიმმა მუდმივად უნდა იზრუნოს თავისი უნარ-ჩვევების განვითარებაზე და სწორედ ამ უნარ-ჩვევებიდან გამომდინარე უნდა მოემსახუროს პაციენტს, მისი (პაციენტის) საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინებით. სამედიცინო მომსახურების გაწევისას სავარაუდო სარგებელი უნდა იყოს იმაზე მეტი, ვიდრე სავარაუდო ზიანი.<sup>3</sup> „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციის მე-4 მუხლი მიუთითებს ექიმის პროფესიული სტანდარტების შესახებ, რომ პირის ჯანმრთელობის სფეროში ჩარევა უნდა იქნეს განხორციელებული „პროფესიული ვალდებულებებისა და სტანდარტების შესაბამისად“.

ესთეტიკური მედიცინის პროცედურის დროს პაციენტმა უნდა მიიღოს სამედიცინო მომსახუ-

<sup>1</sup> „საქართველოს ექიმის ქცევის წესები“, 2010 <<http://www.bpa.ge/book/book75.pdf>> ხელმისაწვდომი 2022 წლის 15 მაისის მდგომარეობით, 9.

<sup>2</sup> ე. ჰილგენდორფი, „შესავალი მედიცინის სისხლის სამართალში“ (ქეთევან მჭედლიშვილი-ჭედრიხის

თარგმანი, მე-2 გამოცემა), გამომცემლობა „იურისტების სამყარო“, 2019. გვ. 4.

<sup>3</sup> ირმა გელაშვილი, „სამედიცინო სამართლის პრინციპები“, „მართლმსაჯულება და კანონი“ N2(70)21, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2021. გვ. 40;



რების გაწევის თაობაზე დადებული ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სარგებელი როგორც ვიზუალური კუთხით, ისე ჯანმრთელობასთან მიმართებით. ვგულისხმობ იმას, რომ მაგალითად, რინოპლასტიკამ არ უნდა გამოიწვიოს სუნთქვასთან ან / და სხვა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. ოპერაციის შემდგომ ცხვირიც უნდა იყოს იმ ფორმასთან მიახლოებული, რაზეც პაციენტი და ექიმი შეთანხმდებიან. თუმცადა, აუცილებლად უნდა აღინიშნოს აქვე, რომ ესთეტიკური მედიცინის პროცედურის დროს რთული სამტკიცებელია, რამდენად შეესაბამება საბოლოო ვიზუალური შედეგი სავარაუდო შედეგს. სწორედ ამიტომ, ხელშეკრულების ფარგლებში მხარეებს შორის აუცილებლად, დაწვრილებით უნდა იყოს შეთანხმებული ასეთი დეტალები.

## 1.2. ავტონომია

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ა“ პუნქტი პაციენტის ავტონომიას განმარტავს და გვეუბნება, რომ აღნიშნული ტერმინი მოიაზრებს პაციენტის უფლებას, დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს ყოველი საკითხი სამედიცინო დახმარების მიღების პროცესში. მართლაც, უმნიშვნელოვანესია შესაძლებლობის ქონა, გააკეთო თავისუფალი, ინდივიდუალური არჩევანი იმ პროცედურების თაობაზე, რომლის ჩატარებაც გსურს<sup>4</sup>.

### 1.2.1. ინფორმირებული თანხმობა

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ავტონომიურობის პრინციპი გადაჯაჭვულია პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდებასთან. ამავე კანონის თანახმად, ინფორმირებული თანხმობა გულისხმობს პასუხისმგებელი პირის მიერ თანხმობის გაცხადებას პაციენტისათვის შესაბამისი სამედიცინო პროცედურის ჩატარების თაობაზე, მას შემდეგ რაც მას განემარტება ამ ჩარევასთან

დაკავშირებით არსებული რისკების შესახებ<sup>5</sup>. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო მიიჩნევს, რომ ევროკონვენციის მე-8 მუხლის („პირადი და ოჯახური ცხოვრების დაცულობის უფლება“) დარღვევაა, როდესაც პაციენტს უწევს დამატებით განმარტოს სამედიცინო ისტორიის ეგზემპლარის მოთხოვნის მიზეზები.<sup>6</sup>

აუცილებელია აქვე აღვნიშნოთ, სამედიცინო მომსახურების გამწევის მხრიდან რა ინფორმაციის მიღების უფლება აქვს პაციენტს, იმისათვის, რომ მის მიერ გაცხადებული თანხმობა ჩაითვალოს ინფორმირებულ თანხმობად. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის თანახმად, ასეთი ინფორმაციაა:

ა) სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში რესურსების თაობაზე, მათ შორის, თუ რა სახით შეიძლება მომსახურების მიღება, რა ღირს და როგორ ხდება ანგარიშსწორება.

ბ) თუ რა უფლებები და მოვალეობები აქვს პაციენტს საქართველოს კანონმდებლობიდან და თავად სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესიდან გამომდინარე;

გ) რა ეფექტი და რისკი მოჰყვება იმ მომსახურებას, რისი მიღებაც პაციენტს აქვს განზრახული;

დ) რა შედეგი მოჰყვება სამედიცინო გამოკვლევას;

ე) პაციენტის მიერ არჩეული სამედიცინო მომსახურების ალტერნატივების შესახებ, ასევე, რა ეფექტი ან რისკი შეიძლება ახლდეს მას;

ვ) პაციენტის მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის შემთხვევაში რა შედეგებია მოსალოდნელი;

ზ) პაციენტის დიაგნოზის და სავარაუდო პროგნოზის, ამასთანავე, თუ როგორ მიმდინარეობს მკურნალობა;

თ) თუ ვინ არის სამედიცინო მომსახურების გამწევი რა გამოცდილება აქვს პროფესიაში.

<sup>4</sup> Nuffield Council on Bioethics – „Cosmetic procedures: ethical issues (A guide to the report)“, ივნისი, 2017, 10.

<sup>5</sup> მე-3 მუხლის „კ“ პუნქტი, საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 10 დეკემბერი, 1997.

<sup>6</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №32881/04, „კ.პ. და სხვების სლოვაკეთის წინააღმდეგ“, 28 აპრილი, 2009 წელი.

სამედიცინო სფეროში არსებობს ე.წ. „პროფესიული პრივილეგია“, რაც გულისხმობს იმას, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწევს აქვს უფლებამოსილება, არ მიაწოდოს პაციენტს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, თუკი ამგვარი ინფორმაციის მიწოდება შესაძლებელია გახდეს ფსიქოლოგიური ზიანის მიყენების წინაპირობა.<sup>7</sup> თუმცადა, აქაც მნიშვნელოვანია გაიფიქროს, რა არის ზღვარი ინფორმაციის მიწოდების პროცესში. პაციენტისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა ის, რომელიც აიძულებს შეიცვალოს გადაწყვეტილება პროცედურის შესახებ<sup>8</sup>.

საქართველოს კანონმდებლობა აგრეთვე იცნობს ჩამონათვალს შემთხვევებისა, როდესაც ინფორმირებული თანხმობა უნდა იყოს გაცხადებული წერილობითი ფორმით. ესთეტიკურ მედიცინასთან მიმართებით ამ ჩამონათვალიდან შეგვიძლია გამოვყოთ შემთხვევები წერილობითი ინფორმირებული თანხმობისთვის, ესენია: მცირე ქირურგიული მანიპულაციების გარდა ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია<sup>9</sup>, აგრეთვე, ნებისმიერ სხვა შემთხვევაში, როდესაც საჭიროდ მიიჩნევა წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის არსებობას სამედიცინო მომსახურების გამწევი<sup>10</sup>. პაციენტს უნდა მიეცეს შესაძლებლობა / გონივრული ვადა, რათა გაეცნოს ყველა დოკუმენტს, რასაც ხელს აწერს და ამით თანხმობას აცხადებს სამართლებრივ რელობაზე, რომელიც შემოთავაზებულია სამედიცინო მომსახურების გამწევის მხრიდან.

ქართული სასამართლო პრაქტიკის თანახმად - „ცალკეული ინდივიდის შესაძლებლობა, თავისუფლად და დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილებები, რომელსაც იგი მიიჩნევს მისთვის უფრო სასიკეთოდ, წარმოადგენს ინდივიდუალურობისა და პიროვნების ღირსების შე-

მადგენელ ელემენტს“<sup>11</sup>. განმარტების თანახმად, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ხელშეუხებლობის კონტროლის საშუალებაა ინფორმირებული არჩევნის პირობებში გადაწყვეტილების თავისუფლად მიღება საკუთარ თავთან დაკავშირებით. აქვე აღსანიშნავია მტკიცების ტვირთის საკითხიც, რომ სწორედამ სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა ამტკიცოს, რომ მან სრულფასოვნად მიაწოდა ინფორმაცია და განმარტებები პაციენტს. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებას აქვს შესაძლებლობა, შექმნას მტკიცებულებები, რათა დადასტურდეს, რომ მან შეასრულა ვალდებულება თავისი ვალდებულება ინფორმაციის მიწოდების თაობაზე.<sup>12</sup>

ერთ-ერთი საქმის ფარგლებში ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ (მიუხედავად სპეციფიური საკანონმდებლო მოწესრიგების არარსებობისა ქვეყანაში) დარღვევა დაადგინა, როდესაც მომჩივანის მშობიარობას სტუდენტები დაესწრნენ. ვინაიდან, პაციენტს სათანადოდ არ განემარტა, თუ რა ფარგლებში ჩაერეოდნენ სტუდენტები პროცედურაში და შესაბამისად, უცხო პირების პროცედურაზე დასწრებით დაირღვა პაციენტის პირადი ცხოვრების უფლება. აგრეთვე, დოკუმენტი, რომელიც სტუდენტების დასწრების თაობაზე გადასცეს, არ ითვალისწინებდა პაციენტისთვის უარის თქმის შესაძლებლობას. თანაც, მშობიარობის პროცესი შეყოვნდა.<sup>13</sup>

ავტონომიურობის პრინციპი, გარდა თანხმობისა, აგრეთვე მოიცავს პაციენტის უფლებასაც, ნებისმიერ ეტაპზე უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე. ხოლო, თუ რა შედეგი მოჰყვება მის მიერ უარის გაცხადებას, მას უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ.<sup>14</sup> თუკი საქართველოს მოქალაქე იმყოფება განუკურნებელი და-

<sup>7</sup> ნ. ლიპარტია, ო. მეტრეველი, „პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა, როგორც ავტონომიურობის უფლების ელემენტი“, „ადამიანის უფლებათა დაცვა და სახელმწიფოს დემოკრატიული ტრანსფორმაცია“, 2020, გვ. 167.

<sup>8</sup> B. S. Atiyeh, M. T. Rubeiz, S. N. Hayek, „Aesthetic/Cosmetic Surgery and Ethical Challenges“, Spinger Publishing, 2008, 830, 836.

<sup>9</sup> მუხლი 22, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 5 მაისი, 2000 წელი.

<sup>10</sup> იქვე.

<sup>11</sup> თბილისის საქალაქო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა კოლეგიის გადაწყვეტილება N213-14, 2018 წლის 12 მარტი.

<sup>12</sup> იქვე.

<sup>13</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №37873/04 „კონოვალოვარუსეთის წინააღმდეგ“, 2014 წლის 9 ოქტომბერი.

<sup>14</sup> მუხლი 23, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 5 მაისი, 2000 წელი.

ავადების ტერმინალურ სტადიაში ან მას აქვს დაავადება, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას, მას აქვს უფლება, წინასწარ განაცხადოს თანხმობა ან უარი, „მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ჩატარების ან / და მის მიმართ პალიატიური მზრუნველობის ან ჰოსპისური მზრუნველობის განხორციელების შესახებ“, იმ შემთხვევისთვის, თუ იგი მოკლებული იქნება გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობას. პაციენტს ისიც შეუძლია, რომ წინასწარ დაასახელოს პირი, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ამგვარი გადაწყვეტილების მიღებაზე.<sup>15</sup>

იურიდიული ლიტერატურა კიდევ უფრო განამტკიცებს ზემოაღნიშნულს და გვეუბნება, რომ ავტონომიურობის პრინციპი გულისხმობს იმას, რომ პაციენტმა თავისუფლად უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება ნებისმიერ საკითხზე და არავინ უნდა ჩაერიოს მის გადაწყვეტილებაში, მათ შორის არც ექიმი. გამონაკლისია შემთხვევა, როდესაც გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებაა საჭირო და პაციენტს უტარდება პროცედურა.<sup>16</sup>

„ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციის მე-2 თავი სწორედაც თანხმობის საკითხს ეთმობა. წინამდებარე კონვენციის მე-5 მუხლი გვაწვდის ზოგად წესს, რომ ჯანმრთელობის სფეროში ნებისმიერი ჩარევის წინაპირობაა პირის მიერ ნებაყოფლობით გაცხადებული და გააზრებული თანხმობის მიღება. მანამდე კი პირისთვის უნდა იყოს მიწოდებული დეტალური ინფორმაცია სამედიცინო ჩარევის თაობაზე (ჩარევის მიზანი, ხასიათი, შედეგები და საფრთხე). და რაც ყველაზე მთავარია, პირს აქვს უფლებამოსილება, ნებისმიერ ეტაპზე, თავისი შეხედულებისამებრ, განაცხადოს უარი მის მიერ მანამდე გაცემულ თანხმობაზე. ადრე გამოხატული ნება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია ვალიდური, როდესაც პაციენტს არ გააჩნია

იმის უნარი, გამოხატოს თავისი სურვილი დამოუკიდებლად<sup>17</sup>.

ესთეტიკური მედიცინის პროცედურის შემთხვევაში პაციენტს ექიმი უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია პროცედურის სავარაუდო გართულებების შესახებ და სწორედ ამ ინფორმაციის საფუძველზე პაციენტმა დამოუკიდებლად უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება. დაუშვებელია, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მხრიდან ავტონომიურობის პრინციპში ჩარევა და პაციენტისთვის იმის მითითება, ჩაიტაროს თუ არა ესა თუ ის პროცედურა საკუთარი გარეგნობის შესაცვლელად.

### 1.2.2. კონფიდენციალობა

კონფიდენციალობის პრინციპი პირდაპირ კავშირშია პაციენტის ავტონომიასთან. ამის წინაპირობა კი არის ის, რომ თუ პაციენტს არ ექნება განცდა, რომ მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია და გადაწყვეტილებები დარჩება საიდუმლოდ (მანამ, სანამ კანონით გათვალისწინებული წინაპირობები დადგება), იგი ვერ ისარგებლებს თავისი კერძო ავტონომიით და ამ უკანასკნელის რეალიზაციაზე სწორედ ზემოაღნიშნული ფაქტორები მოახდენენ გავლენას. ეს ყოველივე კი ხელს შეუშლის პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების გამწვევს შორის სამომხმარებლო ურთიერთობის ჩამოყალიბებას.

ამ თემაზე საუბრისას, უპირველესად, აუცილებელია, შევხებით „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონს. ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია განეკუთვნება განსაკუთრებული კატეგორიის მონაცემებს<sup>18</sup>, რაც ნიშნავს იმას, რომ სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან ამ ტიპის მონაცემების დამუშავება აკრძალულია, გარდა კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.<sup>19</sup> ამგვარი მონაცემების კანონ-

<sup>15</sup> იქვე, მუხლი 24.

<sup>16</sup> ირმა გელაშვილი, სამედიცინო სამართლის პრინციპები, მართლმსაჯულება და კანონი N2(70)'21, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2021. გვ. 39.

<sup>17</sup> მუხლი 9, კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ (შესრულებულია ოვიდოში (ასტურია), 4 აპრილი, 1997 წელი.

<sup>18</sup> მუხლი 2, საქართველოს კანონი „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“, 28 დეკემბერი, 2011.

<sup>19</sup> იქვე, მუხლი 6.

მდებლობით გათვალისწინებული საფუძვლების დამუშავება გამოიწვევს პირისათვის პასუხისმგებლობის დაკისრებას 1 000 ლარით, ხოლო, ერთი წლის განმავლობაში განმეორებით ჩადენის შეთხვევაში პირი დაჯარიმდება 5 000 ლარით<sup>20</sup>. საკანონმდებლო დონეზე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის დაცვა უზრუნველყოფს პირისთვის იმის გარანტიას, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწვევს არ ექნება შესაძლებლობა, მის შესახებ უკანონოდ დაამუშავოს მონაცემები, რომც არსებობდეს ამგვარი დათქმა მხარეთა შორის დადებულ ხელშეკრულებაში სამედიცინო მომსახურების გაწევის თაობაზე. ვინაიდან, სსკ-დან გამომდინარე, გარიგების კანონსაწინააღმდეგო პირობა ბათილია<sup>21</sup>.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონები უზრუნველყოფენ პაციენტის უფლებას, მის შესახებ ინფორმაცია იყოს კონფიდენციალური როგორც მის სიცოცხლეში, ისე გარდაცვალების შემდეგ.<sup>2223</sup>

საკანონმდებლო დანაწესის თანახმად - პაციენტის შესახებ ინფორმაცია შეიძლება გამჟღავნდეს იმ შემთხვევაში, თუ:

- „პაციენტი თავად არის თანახმა;
- ინფორმაციის დაფარვით საფრთხე ექმნება მესამე პირების სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;

საგანმანათლებლო ან სამეცნიერო დაწესებულება პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციას იყენებს მისი იდენტიფიცირების გარეშე;

ინფორმაცია ეხება ქალთა მიმართ ან/და ოჯახში ძალადობის ფაქტს;

კანონი ითვალისწინებს აღნიშნულს.“<sup>24</sup>

თუკი ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების (და არამხოლოდ) გაწევისას ჩართული არი-

ან სხვა პირებიც, პაციენტის მიერ გაცხადებული თანხმობა კონკლუდენტურია. მაგალითად, თურეზო შეუთანხმდა ქირურგ მართას რინოპლასტიკის ჩატარების თაობაზე, შეიძლება ვიგულისხმოთ, რომ პროცედურაში ჩართული ყველა სამედიცინო პერსონალის მიმართ ნაგულისხმევია რეზოს მიერ გაცხადებული თანხმობა კონფიდენციალური ინფორმაციის გაცემის თაობაზე. აგრეთვე, ამა თუ იმ პროცედურას უნდა დაესწრონ მხოლოდ უშუალოდ მონაწილე პირები, გამონაკლისია შემთხვევა, როცა პაციენტი თანხმობას აცხადებს სხვა პირის დასწრებაზე, ან თავად ითხოვს<sup>25</sup>. მაგალითად, საუნივერსიტეტო კლინიკებში ხშირად ექიმი რეზიდენტები ესწრებიან ამა თუ იმ პროცედურას, ასეთ დროს კი პაციენტის თანხმობაა მათი პროცედურაზე დასწრების წინაპირობა.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონით დაცულია პაციენტის ოჯახური და პირადი ცხოვრება. თუმცა, ამავე კანონის 29-ე მუხლის თანახმად, გამონაკლისს წარმოადგენს შემთხვევები, როცა:

- ა) პაციენტის უფლებაში ჩარევა წინაპირობაა პაციენტის დაავადების დიაგნოსტიკის, მისი მკურნალობისა და მოვლისთვის. თუმცა, ასეთ დროს პაციენტის თანხმობის არსებობა აუცილებელია;
- ბ) საფრთხის წინაშე დგას პაციენტის ოჯახის წევრების სიცოცხლე ან / და ჯანმრთელობა;
- გ) „პაციენტის ან/და მისი ოჯახის წევრის მიმართ ხორციელდება ქალთა მიმართ ძალადობა ან/და ოჯახში ძალადობა და არსებობს ძალადობის განმეორების საშიშროება, თუკი ჩარევა აუცილებელია პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების დასაცავად“.

ესთეტიკური მედიცინის შემთხვევაში პრაქტიკაში, სავარაუდოდ, მხოლოდ ზემოაღნიშნუ-

<sup>20</sup> იქვე, მუხლი 45.  
<sup>21</sup> მუხლი 91, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, 26 ივნისი, 1997.  
<sup>22</sup> მუხლი 27, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 5 მაისი, 2000 წელი.  
<sup>23</sup> მუხლი 48, საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, 8 ივნისი, 2001.  
<sup>24</sup> ნინო ბერიძე, „პაციენტის უფლებები საქართველოში“, <[<sup>25</sup> მუხლი 30, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 5 მაისი, 2000 წელი.](https://jgc.ge/en/%e1%83%9e%e1%83%90%e1%83%aa%e1%83%98%e1%83%94%e1%83%9c%e1%83%a2%e1%83%98%e1%83%a1-%e1%83%a3%e1%83%a4%e1%83%9a%e1%83%94%e1%83%91%e1%83%94%e1%83%91%e1%83%98-%e1%83%a1%e1%83%90%e1%83%a5%e1%83%90%e1%83%a0/> https://jgc.ge/en/%e1%83%9e%e1%83%90%e1%83%aa%e1%83%98%e1%83%94%e1%83%9c%e1%83%a2%e1%83%98%e1%83%a1-%e1%83%a3%e1%83%a4%e1%83%9a%e1%83%94%e1%83%91%e1%83%94%e1%83%91%e1%83%98-%e1%83%a1%e1%83%90%e1%83%a5%e1%83%90%e1%83%a0/> ხელმისაწვდომი 2022 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით.</p>
</div>
<div data-bbox=)

ლი დანაწესის „გ“ ქვეპუნქტთან იქნება გამოსარკვევი. მაგალითად, თუ პაციენტმა მოისურვა თავის სხეულზე ძალადობის კვალის დაფარვა, ასეთ დროს, კანონის ჩანაწერიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების გამწევმა უნდა მიიღოს შესაბამისი ზომები, რათა შემდგომში ძალადობის განმეორების პრევენცია მოხდეს.

ავტონომიურობის პრინციპის კიდევ ერთი ელემენტია ის, რომ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა აგრეთვე არის წინაპირობა იმისა, რომ იგი გამოყენებულ იქნეს სწავლების ობიექტად. ამგვარი თანხმობის გარეშე პაციენტის შესახებ ინფორმაცია არ შეიძლება იყოს გამოყენებული თუნდაც სასწავლო მიზნებისთვის.<sup>26</sup> თუმცადა, თუკი პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენება არ იძლევა მისი იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას, სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით მის შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია.<sup>27</sup> ვინაიდან, ესთეტიკური მედიცინა წლიდან წლამდე იცვლება და იხვეწება, გამოცდილების გაზიარება, სასწავლო მიზნებიდან გამომდინარე, უმნიშვნელოვანესია. კანონის ეს დანაწესი კი იძლევა შესაძლებლობას, რომ თუნდაც მომავალმა ექიმებმა ფეხი აუწყონ ცვლილებებს.

### 1.3. პრინციპი „არ ავნო“

“First, do no harm” - არის 4 სიტყვა, რომელიც მსოფლიოს მასშტაბით არაერთ ექიმს გაუგია. რა თქმა უნდა, აღნიშნული ფრაზა არ გულისხმობს იმას, რომ საერთოდ არ უნდა ჩაუტარდეთ პაციენტებს ოპერაცია ან რაიმე ტიპის პროცედურა, რომელიც იწვევს სხეულის ქსოვილის ერთიანობის დარღვევას. რადგანაც მათი ჯანმრთელობა ზიანდება. სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, „არ ავნო“ (Primum non nocere) პრინციპი გულისხმობს იმას, რომ მაქსიმალურად უნდა იყოს დაცული რისკებისა და სარგებლის ბალანსი.<sup>28</sup> წინამდებარე პრინციპის ფარ-

გლებში სამედიცინო მომსახურების გამწევს აკისრია ვალდებულება, რომ მან განზრახ არ მიაყენოს ზიანი თავის პაციენტს.<sup>29</sup>

„ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციის მე-2 მუხლი გვეუბნება, რომ ადამიანის კეთილდღეობა და ინტერესები უზენაესი ღირებულებაა საზოგადოებისა და მეცნიერების ინტერესებთან მიმართებით.

ესთეტიკური მედიცინის პროცედურის შემთხვევაში, უპირველესად, პაციენტის სურვილი უნდა იყოს მხედველობაში მიღებული და ამის მიხედვით, უნდა ჩატარდეს ესა თუ ის მანიპულაცია. ვინაიდან, ესთეტიკური მედიცინა არის დარგი, რომელიც ორიენტირებულია სწორედ პაციენტის სურვილზე, რადგანაც ეს უკანასკნელი თავისი შეხედულებისამებრ გარეგნობის შესაცვლელად მიმართავს ამა თუ იმ სამედიცინო დაწესებულებას ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურებისათვის. რა თქმა უნდა, ამ დროს პაციენტის ჯანმრთელობა და ინტერესი არ უნდა დაზარალდეს.

### 1.4. სამართლიანობის პრინციპი

საქართველოს კონსტიტუციის მე-11 მუხლს თუ გადავხედავთ, იგი უზრუნველყოფს პირის თანასწორობას და მის დაცვას დისკრიმინაციისგან ნებისმიერი ნიშნით. იმავეს განამტკიცებს „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-6 მუხლი და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლი. იურიდიული ლიტერატურის თანახმად, აღნიშნული მუხლების ფარგლებში შეიძლება მოექცეს დავადების მიხედვით პირის დისკრიმინაცია. ამავე საკითხზე „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციის 1-ლი მუხლი მის მიზანს უსვამს ხაზს და გვეუბნება, რომ კონვენციის მხარეებს აქვთ ვალდებულება, დაიცვან ყოველი ადამიანის ინდივიდუალურობა და ღირსება, მედიცინასა და ბიოლოგიაში, დისკრიმი-

<sup>26</sup> იქვე, მუხლი 26.

<sup>27</sup> იქვე, მუხლი 28.

<sup>28</sup> რ. ჰ. შმერლინგი, „პირველი, არ ავნო“ (2020 წლის 22 ივნისი) <<https://www.health.harvard.edu/blog/first-do-no-harm-201510138421>> ხელმისაწვდომი 2022 წლის 15 მაისის მდგომარეობით.

<sup>29</sup> ირმა გელაშვილი, „სამედიცინო სამართლის პრინციპები“, „მართლმსაჯულება და კანონი“ N2(70)'21, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2021. გვ. 39.

ნაციის გარეშე, უზრუნველყონ მათი ხელშეუხებლობა და სხვა უფლებები.

სამედიცინო სფეროში სამედიცინო მომსახურების გამწვევა თავი უნდა მიუძღვნას კომპეტენტური სამედიცინო მომსახურების გაწევას სრულფასოვანი პროფესიული და მორალური დამოუკიდებლობით, თანაგრძნობითა და ადამიანის ღირსების პატივისცემით. ექიმმა პატივი უნდა სცეს თავისი პაციენტის უფლებებს და მასზე არ უნდა ჰქონდეს გავლენა პირად სარგებელს ან უსამართლო დისკრიმინაციას.<sup>30</sup> ერთერთ საქმეში, ქართული სასამართლო პრაქტიკიდან, მოსარჩელე ამტკიცებდა, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე უარი ეთქვა მისი მრწამსის (იეჰოვას მოწმე იყო) გამო. სასამართლოს განმარტებით, რელიგიური შეხედულების გამო არ უნდა იყოს პირი დისკრიმინირებული. ამასთანავე, პირს უფლება აქვს, თავისი მრწამსიდან გამომდინარე, უარი განაცხადოს სისხლის ან მისი კომპონენტების გადასხმაზე. შესაბამისად, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისთვის საფრთხის მიყენებისას (მაშინაც კი, თუ ფატალური შედეგი დადგება) რისკი გადადის პაციენტზე, რაც იმას ნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულებას არ დაეკისრება პასუხისმგებლობა.<sup>31</sup>

სწორედ სამართლიანობის პრინციპი ემსახურება იმას, რომ ერთნაირ პირობებში მყოფ პაციენტებს თანასწორად უნდა მოექცეს სამედიცინო მომსახურების გამწვევი. ეს უკანასკნელი პაციენტის მიმართ არ უნდა იყოს მიკერძოებული და ადგილი უნდა ჰქონდეს პაციენტთათვის თანაბარი შესაძლებლობების მიწოდებას.<sup>32</sup>

ესთეტიკურ მედიცინასთან მიმართებითაც რომ განვიხილოთ ეს საკითხი, პაციენტი დისკრიმინირებული არ უნდა იყოს თავისი პრობლემიდან გამომდინარე, დახმარების გაწევისას (გარეგნობის ცვლილების პროცედურის ჩატარებისას). ან ადგილი არ უნდა ჰქონდეს სხვა რაიმე ნიშნით დისკრიმინაციას (მაგ.: თუ აქვს რაიმე დაავადება, რომელიც საჭიროებს მხედვე-

ლობაში მიღებას. თუნდაც, შიდა ან ც ჰეპატიტი). და ორ ერთნაირ პირობებში მყოფ პაციენტებს სამედიცინო დაწესებულება უნდა მოექცეს თანასწორად. აღნიშნული კი, როგორც უკვე ნაშრომში გამოიკვეთა, განმტკიცებულია როგორც ეროვნული, ისე საერთაშორისო კანონმდებლობით.

შეიძლება ექიმს ისეთი პაციენტიც ჰყავდეს, რომელსაც სურს არაორდინალური გარეგნობის ქონა. მაგალითად, დრაკონს დამსგავსება (ასეთი რეალური ადამიანი არსებობს - Tiamat The Dragon Lady). ასეთი ცვლილების / პროცედურის განხორციელებაზე სამედიცინო მომსახურების გამწვევა მხოლოდ საკუთარი შეხედულებიდან გამომდინარე (რომ არ მოსწონს ასეთი გარეგნობა) არ უნდა ეთქვას უარი.

#### 1.5. ავტონომიისა და „არ ავნო“ პრინციპების ურთიერთმიმართება

იურიდიული ლიტერატურა გვეუბნება, რომ როდესაც პაციენტი ითხოვს ვნების მიყენებას სამედიცინო მომსახურების გამწვევისგან, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს „არ ავნო“ პრინციპს.<sup>33</sup> ესთეტიკური მედიცინის შემთხვევაში, ტექნიკურად, პაციენტი ამგვარი მომსახურების მისაღებად ფაქტობრივად ითხოვს თავისი ჯანმრთელობისათვის ვნების მიყენებას შესაბამისი სამედიცინო დანიშნულების არქონის მიუხედავად. ანუ ამა თუ იმ ესთეტიკური პროცედურის მიზანი არ არის პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნება. სწორედ ამიტომ ესთეტიკური მედიცინა ახალ სიტყვას ამბობს სამედიცინო სამართლის სფეროში. მისი არსიდან (პირის გარეგნობის ცვლილება) გამომდინარე, შესაძლებელია, არა სამედიცინო ნიშნების, არამედ პაციენტის სურვილისა და შეხედულების მიხედვით ჩატარდეს ესთეტიკური სამედიცინო პროცედურა, რათა შეიცვალოს პაციენტის გარეგნობა. თუმცადა, აქაც უნდა არსებობდეს ზღვარი. პირისთვის გარეგნობის შეცვლა

<sup>30</sup> „სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი“, ოქტომბერი, 1949.

<sup>31</sup> თბილისის საქალაქო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა კოლეგიის გადაწყვეტილება №2/17064-18, 2018 წლის 21 ნოემბერი.

<sup>32</sup> ირმა გელაშვილი, სამედიცინო სამართლის პრინციპები, მართლმსაჯულება და კანონი N2(70)21, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, გვ. 40;

<sup>33</sup> იქვე, გვ. 47.

არ უნდა იწვევდეს მისი ჯანმრთელობის / სიცოცხლის სამუდამოდ ხელყოფას. მაგალითად, თუ პირს მოსწონს მეკობრეები, ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გამწვევმა არ უნდა ამოსთხაროს თვალი პაციენტს იმისათვის, რომ იგი მეკობრეს დაამსგავსოს.

იურიდიულ ლიტერატურაში ვკითხულობთ ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრაქტიკიდან ამონარიდს - „მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს ჰქონდეს არჩევანის გაკეთების უფლება მისი პირადი შეხედულებებისა და ღირებულებების შესაბამისად, მიუხედავად იმისა, რამდენად ირაციონალური, უაზრო ან დაუსაბუთებელია ასეთი არჩევანი სხვებისათვის.“<sup>34</sup> ესთეტიკურ მედიცინასთან მიმართებითაც შეგვიძლია განვიხილოთ ეს ჩანაწერი. არ აქვს მნიშვნელობა, სამედიცინო მომსახურების გამწვევს მოსწონს თუ არა თავისი პაციენტის არჩევანი გარეგნობის შეცვლასთან დაკავშირებით. მთავარია რა შეხედულებები აქვს თავად პაციენტს და რა არის მისი პირადი დამოკიდებულება. შესაბამისად, პაციენტის პირადი ავტონომია უნდა იყოს დაცული. და მხოლოდ მაშინ უნდა შეიზღუდოს სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან სამედიცინო სამართლის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი - ავტონომიის პრინციპი, თუკი პირი თავისი გადაწყვეტილებით საკუთარ ჯანმრთელობას აყენებს იმგვარ ზიანს, რომლის გამოსწორებაც შეუძლებელი იქნება.

**1.6. სარგებლიანობის პრინციპის უპირატესობა ესთეტიკური პროცედურის მიმდინარეობისას წარმოშობილი გართულების შემთხვევაში**

საინტერესოა შემთხვევა, როგორ უნდა მოიქცეს სამედიცინო მომსახურების გამწვევი, თუკი ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გაწევისას წარმოიშობა გართულებები და იგი იძულებულია, დათმოს ესთეტიკური პროცედურის საბოლოო შედეგი. ანუ პაციენტის სიცოცხლე ან

/და ჯანმრთელობა შეინარჩუნოს, მაგრამ ესთეტიკურ პროცედურას / მანიპულაციას არ მოჰყვება სასურველი შედეგი.

უპირველესად, უნდა ვახსენოთ, რომ იურიდიული ლიტერატურის თანახმად, სამედიცინო სამართლის ოთხი ძირითადი პრინციპი არის ე.წ. Prima Facie ვალდებულება, რომელიც უნდა შესრულდეს პრინციპებს შორის კონფლიქტის წარმოშობამდე. ლიტერატურაში ასეთ შედარებასაც ვკითხულობთ - სარგებლიანობის პრინციპისთვის უპირატესობის მინიჭება, ავტონომიის პრინციპთან შედარებით, არის პატერნალიზმი და ჰგავს მამის / დედის ურთიერთობას შვილის მიმართ. მშობელმა შეიძლება ყურადღება არ მიაქციოს ბავშვის სურვილებს და ეცადოს, გავლენა მოახდინოს ბავშვზე იმის მიხედვით, რაც, მისი აზრით, არის საუკეთესო ბავშვის ინტერესებისთვის.<sup>35</sup>

ამასთანავე, სამედიცინო პროცედურის დაწყებამდე პაციენტს აუცილებლად სრულად უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პროცედურის განმავლობაში შესაძლო გართულებების შესახებ. აღნიშნულის დარღვევა კი ექიმის მხრიდან მიიჩნევა სამედიცინო დაუდევრობად.<sup>36</sup> ექიმმა ესთეტიკური პროცედურის ჩატარების განმავლობაში არ უნდა ავნოს პაციენტის ჯანმრთელობასა და ინტერესებს და სამართლიანად უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება, თუ როგორ უნდა მოიქცეს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პაციენტის ავტონომიას ენიჭება უპირატესობა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც აშკარაა გადაუდებელი ქმედების განხორციელების აუცილებლობა ან / და პაციენტს არ აქვს შესაძლებლობა, ინფორმირებული თანხმობა განაცხადოს ამა თუ იმ საკითხზე, რომელიც ეხება მის სოცოცხლესა და ჯანმრთელობას კონკრეტულ შემთხვევებში.

<sup>34</sup> იქვე, გვ. 42.

<sup>35</sup> Basil Varkey, “Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice“, Published by S. Karger AG, Basel, 2020. P. 21.

<sup>36</sup> ირმა გელაშვილი, სამედიცინო სამართლის პრინციპები, მართლმსაჯულება და კანონი N2(70)‘21, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2021. გვ. 46.

**1.7. მცირეწლოვნის ან / და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტის ნების გამოვლენა და პრინციპების გავლენა მასზე**

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ 22-ე მუხლში გვეუბნება, რომ სამედიცინო მომსახურების მიღების წინაპირობაა პაციენტის მიერ გაცხადებული ინფორმირებული თანხმობა. როდესაც ეს არ ხერხდება პაციენტის მცირეწლოვნების ან გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის გამო, მაშინ მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის თაობაზე. ამათანავე, ამგვარი ინფორმირებული თანხმობა ფორმა სავალდებულოა და უნდა იყოს გაცხადებული წერილობითი სახით.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონები პაციენტის ნათესავს შემდეგნაირად განმარტავენ - ეს არის პირი, რომელსაც (საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული რიგითობიდან გამომდინარე) აქვს უპირატესი უფლება ჩაერთოს პაციენტის სიკვდილთან ან მისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებაში;<sup>37 38</sup> „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის თანახმად, პაციენტის კანონიერ წარმომადგენლად გვევლინება მისი ნდობით აღჭურვილი პირი ან მეურვე;

სასამართლოში გასაჩივრებას ექვემდებარება შემთხვევა, როდესაც მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს ეწინააღმდეგება ნათესავის / კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება. გასაჩივრების უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევს.<sup>39</sup>

ხოლო, იმ შემთხვევაში თუ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებაა საჭირო, რომლის გაწე-

ვაც აუცილებელია პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად და ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი წინააღმდეგია ამ ტიპის მკურნალობის, სამედიცინო მომსახურების გამწვევა გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე.<sup>40</sup>

გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაში, როდესაც ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძებნა არ არის შესაძლებელი, სამედიცინო მომსახურების გამწვევს აქვს უფლება, გადაწყვეტილება მიიღოს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებიდან გამომდინარე.<sup>41</sup>

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-11 მუხლის თანახმად, მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტის ჩართვა სამედიცინო განათლებაში და სამეცნიერო კვლევის პროცესში შესაძლებელია მაშინ, თუ პაციენტს წარსულში ჰქონდა გაცხადებული ნება. თუ ამგვარი ნება არ არსებობს, მაშინ აუცილებელია კანონიერი წარმომადგენლის ან ნათესავის ინფორმირებული თანხმობა. წინამდებარე კანონი უფრო მეტად განამტკიცებს იმას, რომ გადაწყვეტილების უნარის არმქონე პაციენტის ინტერესებია ამოსავალი წერტილი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას. კერძოდ, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-12 მუხლში არსებობს ჩანაწერი, რომ პაციენტის საუკეთესო ინტერესებიდან გამომდინარე იღებს გადაწყვეტილებას ექიმი, როცა აშკარაა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევის აუცილებლობა / პაციენტის სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა.

ვინაიდან სამედიცინო სამართლის 4 ძირითადი პრინციპი (პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა, სარგებლიანობა, ზიანის არმიყენება („არ ავნო“), სამართლიანობა) ვრცელდება ყველა პირზე, მცირეწლოვნის ან / და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტის შემთხვევაშიც, ცხადია, იმოქ-

<sup>37</sup> მუხლი 3, საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 10 დეკემბერი, 1997.

<sup>38</sup> მუხლი 4, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 5 მაისი, 2000 წელი.

<sup>39</sup> იქვე, მუხლი 25.

<sup>40</sup> იქვე.

<sup>41</sup> იქვე.



მედებს სამედიცინოსამართლებრივ ურთიერთობებში. მათ შორის ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.

ყოველივე ზემოაღნიშნული რომ შეესაბამოს ესთეტიკურ მედიცინას, თუკი სამედიცინო დაწესებულებას მიაკითხავს მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი, სამედიცინო მომსახურების გამწვევა უნდა მოითხოვოს ნათესავის / კანონიერი წარმომადგენლის წერილობითი თანხმობა ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გასაწევად.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ნათლად ჩანს, რომ სამედიცინო სამართლის ოთხივე ძირითადი პრინციპი ერთმანეთთანაა დაკავშირებული და აუცილებელია თანაარსებობდნენ მაშინ, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს პაციენტი პროცედურის / ოპერაციის ჩასატარებლად. შეიძლება, სამედიცინო პრაქტიკაში იყოს ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ამ პრინციპების კოლიზია წარმოიშობა, რაც უნდა გადაწყდეს ამ თავში განხილული საკითხების მიხედვით. ამ ყველაფერთან ერთად, სამედიცინო პრაქტიკაში, ყურადღებაამისაქცევია მცირეწლოვნის ან / და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტების უფლებები, რათა მათი ინტერესები მაქსიმალურად იყოს დაცული.

**2. ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების თაობაზე სამედიცინო ხელშეკრულების განმსაზღვრელი პირობები**

ვინაიდან, ესთეტიკურ მედიცინასთან მიმართებით არ არის კონკრეტული ჩანაწერი, წინამდებარე თავის ფარგლებში უნდა გამოვარკვიოთ ყველა ის პირობა, რომელსაც უნდა შეიცავდეს ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების თაობაზე დადებული ხელშეკრულება და აგრე-

თვე, რა შედეგი შეიძლება მოჰყვეს გარკვეული პირობების დარღვევას.

**2.1. სტანდარტული პირობები**

სსკ-ის 342-ე მუხლი გვთავაზობს სტანდარტული პირობების განმარტებას. ასეთად შეგვიძლია მივიჩნიოთ ისეთი პირობები, რომლებიც გამიზნულია მრავალჯერადი გამოყენებისათვის, ფორმულირებულია წინასწარ და მეორე მხარეს უდგენს ისეთ პირობებს, რომლებიც განსხვავდება კანონის ჩანაწერისაგან ან შემავსებელია ნორმატიული დანაწესისა.

სტანდარტული პირობები მიმართულია კონკრეტული სამართლებრივი ურთიერთობის სახელშეკრულებო შინაარსის განსაზღვრისკენ და, შესაბამისად, მასში მოქცეულია წესი, რათა მოწესრიგდეს ურთიერთობა. მაგალითად, თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო პროცედურის ჩატარებაზე არის ცალმხრივი გარიგება და მიეკუთვნება სტანდარტულ პირობებს.<sup>42</sup> და ზოგადად, პაციენტის საავადმყოფოსთან ურთიერთობა წესრიგდება სწორედაც სტანდარტული პირობების ფარგლებში.<sup>43</sup> სტანდარტულ პირობებში ჰპოვებს გამოხატულებას კეთილსინდისიერების პრინციპი, რომლის ნაწილიცაა სამოქალაქო ურთიერთობის მონაწილეთა ნდობა.<sup>44</sup>

ზემოაღნიშნულის საილუსტრაციოდ - ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების თაობაზე დადებული სამედიცინო ხელშეკრულების ფარგლებში სტანდარტულ პირობებად შეიძლება მოვიაზროთ ამა თუ იმ პროცედურის ფასი, ასაკობრივი ცენზი ესთეტიკური სამედიცინო პროცედურის ჩატარებაზე, დაზღვევის გამოყენების წესი, ანგარიშსწორების წესი, ხელშეკრულებიდან გასვლა, პირველადი მოთხოვნების დარღვევისა და მეორეული მოთხოვნების წარმოშობის წინაპირობები და შედეგი და ა.შ.

უზენაესი სასამართლოს ერთ-ერთ საქმეში კასატორი უთითებდა, რომ განმეორებითი ოპე-

<sup>42</sup> გ. რუსიაშვილი, ა. ალადაშვილი, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია (რედ.), 2019, მუხლი 342, გვ. 184,

<sup>43</sup> ს. ჯორბენაძე, ხელშეკრულების თავისუფლება სამოქალაქო სამართალში, დავით ბატონიშვილის სამართლის ინსტიტუტის გამომცემლობა, 2017. გვ. 226.

<sup>44</sup> გ. რუსიაშვილი, ა. ალადაშვილი, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია (რედ.), 2019, მუხლი 346, გვ. 227.

რაცია (პირველი ოპერაციის ნაკლოვანების გამო) ინსტრუქციის დარღვევით, 1 წლის ნაცვლად 5 თვეში ჩაუტარდა<sup>45</sup>. განჩინებაში არაა მითითებული ეს ინსტრუქცია კლინიკის მიერ იყო თუ არა ჩამოყალიბებული. თუმცა, მაგალითისთვის შეგვიძლია ამ ჭრილში განვიხილოთ. თუ კლინიკა თავის პაციენტებს დაუწესებს ვადას, რომლის განმავლობაშიც ექნებათ უფლება, მათთვის მიყენებული ზიანის გამოსწორება მოითხოვონ, კანონსაწინააღმდეგო იქნება ამგვარი დათქმა, ვინაიდან პაციენტისთვის დამაზიანებელი შეიძლება გახდეს ასეთი დანაწესი. ასევე, პაციენტის სულიერი და ფიზიკური ტანჯვის წინაპირობა შეიძლება გახდეს ზიანის ანაზღაურების დაყოვნება. გარდა ამისა, ამგვარი სტანდარტული პირობა ეწინააღმდეგება სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ პრინციპს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში - პაციენტის უფლებების, პატივის, ღირსებისა და ავტონომიის აღიარებას<sup>46</sup>.

შეუსაბამო სტანდარტული პირობის მაგალითად შეგვიძლია მოვიშველიოთ შემდეგი: პაციენტის უფლების დარღვევა იქნება, თუკი ესთეტიკური სამედიცინო დაწესებულება პასუხისმგებლობისაგან თავის გათავისუფლების მიზნით ხელშეკრულების სტანდარტულ პირობად მიუთითებს, რომ მას (ესთეტიკურ სამედიცინო დაწესებულებას) არც ერთ შემთხვევაში დაეკისრება პასუხისმგებლობა. მსგავსი დანაწესი წინააღმდეგობაში მოვა სსკ-ის 395-ე მუხლთან.

## 2.2. არსებითი პირობები

უპირველესად უნდა მოვიშველიოთ სსკ-ის 327-ე მუხლი, რომლის პირველი ნაწილის თანახმადაც, ხელშეკრულების დადების წინაპირობაა მის ყველა არსებით პირობაზე შეთანხმება. ამავე მუხლის მეორე ნაწილი გვაძლევს ნაწილობრივ განმარტებას არსებითი პირობების თაობაზე, რომ ამგვარად მიიჩნევა ის დანაწესები, რომლებზეც ერთ-ერთი მხარის მოთხოვნით

მიიღწევა შეთანხმება ან კანონი ჩათვლის ამგვარად.

იურიდიული ლიტერატურა გვეუბება, რომ კანონი იშვიათად განსაზღვრავს ხელშეკრულების არსებით პირობებს. თუმცა კი, თითოეული ტიპის ხელშეკრულებების ცნებებში მითითებულია ის მინიმალური დანაწესი, რომლის გარეშეც ხელშეკრულება არ დაიდებოდა.<sup>47</sup> კანონით არ არის გათვალისწინებული პლასტიკური ოპერაციების თაობაზე რაიმე კონკრეტული ტიპის ხელშეკრულება ან ჩანაწერი, ამიტომ ზოგადი დანაწესიდან უნდა ამოვიდეთ. შესაბამისად, ხელშეკრულების შედგენისას უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი პირობები:

1) ვინაიდან, სსკ-ის 327.1 მუხლი მხარეებზე მიუთითებს, პირველი არსებითი პირობა სწორედაც ხელშეკრულების მონაწილე სუბიექტები იქნებიან. კერძოდ, პაციენტი, რომელსაც სურს ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების მიღება და სამედიცინო მომსახურების გამწევი.

2) შემდეგ უნდა მიეთითოს ხელშეკრულების საგანი. კერძოდ, ის მომსახურება, რომელსაც მიიღებს პაციენტი წინამდებარე ხელშეკრულების ფარგლებში. მაგალითად: ცხვირის პლასტიკა;

3) ხელშეკრულებაში ასევე უნდა იყოს ჩანაწერი ანაზღაურების შესახებ. ამ შემთხვევაში სამი პირობაა მნიშვნელოვანი: ა) რა თანხა ჯდება ესა თუ ის ესთეტიკური პროცედურა, ბ) გადახდის ვადები, გ) ანგარიშსწორების ფორმა, იქნება ეს ნაღდი თუ უნაღდო;

4) ხელშეკრულების მოქმედების ვადა;

5) მხარეთა უფლება-მოვალეობები;

6) „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტში ჩანაწერია, რომ წერილობითი ინფორმირებული თანხმობაა აუცილებელი ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაციის შემთხვევაში. სწორედ ამიტომ კანონიდან გამომდინარე, მიჩნეულ უნდა იყოს, რომ ხელშეკრულებაში აუცილებლად მიეთითოს ინფორმირებული თანხ-

<sup>45</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის განჩინება №ას-537-879-07, 2007 წლის 27 ნოემბერი.

<sup>46</sup> მე-4 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტი, საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 10 დეკემბერი, 1997.

<sup>47</sup> ე. ბაღიშვილი, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია (რედ.), 2019, მუხლი 327, გვ. 92.

მოხის ელემენტები. ზემოაღნიშნული კანონის მე-4 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტიდან გამომდინარე, ასეთი ელემენტებია:

- 6.1. სამედიცინო მომსახურების არსი და მისი საჭიროება;
- 6.2. სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგები;
- 6.3. სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი რისკები ჯანმრთელობის კუთხით;
- 6.4. სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული ვარიანტები და მათი თანმხლები რისკი და ეფექტიანობა.
- 6.5. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგები;
- 6.6. ზემოაღნიშნულ ინფორმაციასთან დაკავშირებული სოციალური და ფინანსური საკითხები.

როდესაც პაციენტი შეუთანხმდება ესთეტიკურ სამედიცინო დაწესებულებას არსებით პირობებზე, სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან ცალმხრივად არ უნდა იქნეს შეცვლილი ხელშეკრულების პირობები. მაგალითად, ანი მივიდა პლასტიკურ ქირურგ ლუკასთან და შეუთანხმდა ბიშეპტომიის ჩატარებაზე, თუმცა, მას პროცედურა მართამ ჩაუტარა. ეს იქნება როგორც პაციენტის უფლებების, ისე ხელშეკრულების პირდაპირი დარღვევა.

**2.3. კეთილსინდისიერების პრინციპი, როგორც კერძო სამართლის ქვაკუთხედი**

უპირველეს ყოვლისა, როგორც ყველა კერძო სამართლებრივ ურთიერთობაში ამ შემთხვევაშიც გადამწყვეტ როლს თამაშობს კეთილსინდისიერების პრინციპი. სსკ-ის მე-8 მუხლის მე-3 ნაწილი სამართლიანობის ერთგვარ ჩარჩოს აწესებს, რომ უფლების რეალიზაცია უნდა იყოს

დაკავშირებული კეთილსინდისიერების პრინციპთან. ამასთანავე, პირის მიერ მოქმედების თავისუფლებიდან გამომდინარე, კეთილსინდისიერების პრინციპი ემსახურება, ვალდებულების სხვის მიმართ იმ მოცულობით და ინტერესების გათვალისწინებით შესრულებას, რომ საკუთარი ინტერესები არ შეზღუდოს არათანაზომიერად<sup>48</sup>. სწორედ კეთილსინდისიერების პრინციპი გამოიყენება სახელშეკრულებო ურთიერთობაში ვალდებულებების შინაარსის დასაზუსტებლად.<sup>49</sup> უფრო მეტიც, იგი შესაძლებელია ვალდებულების დაკისრების საფუძველიც გახდეს.<sup>50</sup> კეთილსინდისიერების პრინციპი გარკვეულწილად ეთიკურ კრიტერიუმებსაც ეხება. აღნიშნული პრინციპის გათვალისწინებით, სახელშეკრულებო ურთიერთობის მონაწილე დამწყები პირის გამოუცდელობიდან გამომდინარე, ხელშეკრულება სწორედ მის სასარგებლოდ უნდა განიმარტოს.<sup>51</sup>

ერთ-ერთ საქმეში სახელშეკრულებო სამართლებრივ ურთიერთობისა და კეთილსინდისიერების პრინციპის გათვალისწინებით, გერმანიის ფედერალურმა უმაღლესმა სასამართლომ პასუხისმგებლობა დააკისრა ექიმს, რომელმაც არ გააფრთხილა პაციენტი მედიკამენტის იმ გვერდით მოვლენებზე, რომლებმაც გამოიწვიეს ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება, რასაც შედეგად მოჰყვა ავარია. მართალია, ხელშეკრულებიდან პირდაპირ არ გამომდინარეობდა ამგვარი შემთხვევა, თუმცა, კეთილსინდისიერების პრინციპი გახდა საზომი.<sup>52</sup>

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ კეთილსინდისიერების პრინციპი არის ის ჩარჩო პრინციპი, რომელიც ყველაზე მეტად არის გადაჯაჭვული ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გაწევის თაობაზე დასადებ ხელშეკრულებასთან. ვინაიდან, იგი როგორც ხელშეკრულების

<sup>48</sup> დ. კერესელიძე, კერძო სამართლის უზოგადესი სისტემური ცნებები, გამომცემლობა ემსი, 2009, გვ. 83.  
<sup>49</sup> იქვე, გვ. 85.  
<sup>50</sup> ს. ჯორბენაძე, ხელშეკრულების თავისუფლება სამოქალაქო სამართალში, დავით ბატონიშვილის სამართლის ინსტიტუტის გამომცემლობა, 2017, გვ. 65.  
<sup>51</sup> ვ. ბაჩიაშვილი, ხელშეკრულების განმარტება ევროპული სახელშეკრულებო სამართლის პრინციპების მიხედვით და საქართველოს

კანონმდებლობაში მისი იმპლემენტაციის მიზანშეწონილობა, სამართლის ჟურნალი, N1, თსუ, 2013, გვ. 14.  
<sup>52</sup> ალ. იოსელიანი, კეთილსინდისიერების პრინციპი სახელშეკრულებო სამართალში (შედეგების სამართლებრივი გამოკვლევა), ქართული სამართლის მიმოხილვა - სპეციალური გამოცემა, თსუ, 2007, გვ. 58-59.

შინაარსის განსაზღვრის ეტაპზე, ისე მის მიღმა მოქმედებს. სწორედ კეთილსინდისიერების პრინციპი არის განმსაზღვრელი ელემენტი, როცა ვსაუბრობთ პირის კერძო ავტონომიასა და ხელშეკრულების თავისუფლების პრინციპებზე.

#### 2.4. ხელშეკრულების თავისუფლების ფარგლები

სსკ-ის 319-ე მუხლის პირველი ნაწილი მხარეებს ხელშეკრულების თავისუფლად დადებისა და მისი პირობების განსაზღვრის შესაძლებლობას ანიჭებს. აღნიშნული თავისუფლება შესაძლებელია შეიზღუდოს იმავე მუხლის მე-2 და მე-3 ნაწილიდან გამომდინარე. ესაა შემთხვევები, როდესაც ხელშეკრულების ერთ-ერთი მხარე არის ბაზარზე გაბატონებული სუბიექტი და მას ხელშეკრულების დადების ვალდებულება აქვს. შემდეგი შემთხვევაა, როდესაც ხელშეკრულების ერთი მხარე არასამეწარმეო მიზნებისთვის ან საარსებო მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად სარგებლობს მეწარმე სუბიექტის მომსახურებით. ამ შემთხვევაში, კანონის დანაწესიდან გამომდინარე, მეწარმე სუბიექტმა მიზეზგარეშე არ უნდა თქვას უარი ხელშეკრულების დადებაზე. ამ ჩანაწერის მიზანია მხარეთა ინტერესებისა და შესაძლებლობების დაბალანსება<sup>53</sup>. წინამდებარე ჩანაწერი რომ მიესადაგოს ესთეტიკური მედიცინის შემთხვევას, ასეთ დროს არ შეიძლება დაუსაბუთებელი უარი ეთქვას პაციენტს, როდესაც მას სურს შესაბამისი პროცედურა ჩაუტარდეს თავისი პირადი, არასამეწარმეო მიზნებიდან გამომდინარე. თანაც, სამედიცინო სამართლის დანაწესი, რომელიც პაციენტს იცავს დისკრიმინაციისგან, ახლებურ რეალობას ქმნის იმ მხრივ, რომ კანონის ეს ჩანაწერი საქართველოში გვაძლევს იმის ინტერპრეტაციის საშუალებას, რომ კონტრაქტების იძულებასთან გვექონდეს საქმე.

აქვე იმასაც უნდა გავუსვავთ ხაზი, რომ კეთილსინდისიერების ელემენტი კონტრაქტების იძულების დროსაც მნიშვნელოვანია, ვინაიდან თუ ერთი მხარის მიერ ვალდებულების შესრულება დამოკიდებულია შესაბამისი ნებართვის არსებობაზე, მაშინ მან კეთილსინდისიერება უნდა გამოიჩინოს ხელშეკრულების დადებისას კონტრაქტების იძულების ფარგლებში. მაგალითად, იმ კლინიკამ, რომელსაც არ გააჩნია შესაბამისი ლიცენზია, არ უნდა დადოს ხელშეკრულება სამედიცინო პროცედურის ჩატარებაზე.<sup>54</sup>

როდესაც ვსაუბრობთ ხელშეკრულების თავისუფლებაზე, აუცილებლად უნდა ვახსენოთ კერძო ავტონომიაც. რომელიც მხარეებს აძლევს თავისუფალ ნებას, რომლის ფარგლებშიც შეუძლიათ კანონით აუკრძალავი ქმედება განახორციელონ, დადონ ხელშეკრულება და შეიბოჭონ თავი კერძოსამართლებრივი ურთიერთობის ფარგლებში.<sup>55</sup>

#### 2.5. ნდობისა და სამართლიანობის პრინციპების გავლენა ხელშეკრულების ფორმირებაზე

ნდობის პრინციპი იგივეა, რაც კეთილსინდისიერების პრინციპი და სწორედ აქედან გამომდინარე, სახელშეკრულებო ურთიერთობაში შესაძლებელია წარმოიშვას მოვალეობა პირისა, რათა მან შეასრულოს მხარეთა მიერ შეთანხმებული ვალდებულება.<sup>56</sup> ნდობის პრინციპიდან გამომდინარე, კრედიტორს აქვს მოვალეობა, ერთგულად შეასრულოს მასზე დაკისრებული ვალდებულება და არ გამოიყენოს ნდობა ბოროტად.<sup>57</sup> ეს განმარტება უნდა ინტერპრირდეს და აისახოს ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების თაობაზე დადებული ხელშეკრულების ფორმირებისას. ნდობის პრინციპთან მიმართებით აღსანიშნავია, რომ გერმანიაში კეთილსინდისიერების პრინციპს აქვს ორი კომპონენ-

<sup>53</sup> ს. ჩაჩავა. მოთხოვნების და მოთხოვნის საფუძვლების კონკურენცია კერძო სამართალში (დის.), თსუ, 2010, გვ. 100.

<sup>54</sup> ი. გელაშვილი, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია (რედ.), 2019, მუხლი 319, გვ. 59;

<sup>55</sup> ს. ჯორბენაძე, ხელშეკრულების თავისუფლება სამოქალაქო სამართალში, დავით ბატონიშვილის სამართლის ინსტიტუტის გამომცემლობა, 2017, გვ. 64.

<sup>56</sup> ნ. ხუნაშვილი, კეთილსინდისიერების პრინციპი სახელშეკრულებო სამართალში (დის.), 2014, გვ. 45.

<sup>57</sup> იქვე.

ტი - Treu und Glauben - რაც ნიშნავს ერთგულებასა და ნდობას<sup>58</sup>. ამასთანავე, გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი 242-ე მუხლის ფარგლებში მხარეებს აკისრებს ვალდებულებას, დაიცვან ნდობის პრინციპი არამხოლოდ ვალდებულების შესრულების პროცესში, არამედ მას შემდეგაც<sup>59</sup>.

სსკ, თავის მხრივ, მხარეებს უსაზღვრავს მოვალეობას, რომ ვალდებულების პირობები სამართლიანობის პრინციპიდან გამომდინარე განსაზღვრონ. სწორედ იგია ინდიკატორი იმისა, თუ რა პირობებით შესრულდა ვალდებულება, თუკი ბუნდოვანი იქნება, თუ რაზე შეთანხმდნენ მხარეები.<sup>60</sup> სუსტი მხარის დაცვისთვის სსკ-ში არის ჩანაწერი, - სტანდარტული პირობები რა შემთხვევაშია ბათილი.<sup>61</sup> ისევე, როგორც ნდობის პრინციპს, სამართლიანობის პრინციპსაც აქვს ურთიერთობის მომწესრიგებელი ხასიათი. სსკ-ის შესავალ დებულებებში არსებობს დათქმა, რომ კანონის ანალოგიის გამოყენების შეუძლებლობის შემთხვევაში მხარეებს შორის არსებული ურთიერთობა სამართლის ზოგად პრინციპებთან, ზნეობასა და კეთილსინდისიერების პრინციპთან ერთად უნდა მოწესრიგდეს სწორედ სამართლიანობის პრინციპით<sup>62</sup>. თუ რა არის სამართლიანობა, ამის განმარტება არ არსებობს,<sup>63</sup> იგი არის შეფასებითი კატეგორია<sup>64</sup>, რაც იმას ნიშნავს, რომ, შესაბამისი ფაქტობრივი გარემოებებიდან გამომდინარე, უნდა დადგინდეს, თუ რა არის სამართლიანი.

ვინაიდან, ნდობისა და სამართლიანობის პრინციპები არის სახელმძღვანელო პრინციპები მხარეებს შორის არსებული ხელშეკრულების შესრულების პროცესში, სწორედ მათით უნდა ვიხელმძღვანელოთ სტანდარტული და არსებითი პირობების ჩამოყალიბებისას ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების თაობაზე, რო-

დესაც ვადგენთ ხელშეკრულებას. თუ ეს პრინციპები არ იქნება გათვალისწინებული ხელშეკრულებაში, მაშინ ეს უკანასკნელი სწორედ ზემოაღნიშნული პრინციპების ინტერპრეტაციის გზით უნდა განიმარტოს, რათა სახელშეკრულებო ურთიერთობის მხარეები (პირველ რიგში, პაციენტი, ვინაიდან ის, როგორც მომხმარებელი, სუსტი მხარეა) იყვნენ დაცული.

### 3. ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის წინაპირობები ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გაწევისას

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს განმარტებით, ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის კონვენციის მე-8 მუხლის დაცვის ფარგლებში ექცევა შემთხვევა, როდესაც პირს არ გადაეცემა სათანადო კომპენსაცია სამედიცინო მომსახურების გამწევის მხრიდან როგორც ფიზიკური, ისე მორალური ზიანის მიყენებისას.<sup>65</sup> შესაბამისად, უაღრესად მნიშვნელოვანია, პაციენტისათვის ზიანის ანაზღაურების საკითხი განვიხილოთ დეტალურად.

#### 3.1. მართლწინააღმდეგობა

სსკ-ის 1007-ე მუხლი, რომელიც გვეუბნება - საერთო საფუძვლებით ზიანის ანაზღაურებას ექვემდებარება შემთხვევა, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობისას პირის ჯანმრთელობას ადგება ზიანი. ზიანის მიმყენებლისათვის ზიანის ანაზღაურების ვალდებულებისგან გათავისუფლების წინაპირობაა, თუ იგი დაამტკიცებს, რომ ზიანის დადგომაში მისი ბრალი არ იკვეთება. ვინაიდან, ეს მუხლი მოქცეულია კანონისმიერი ვალდებულებითი ურ-

<sup>58</sup> ა. ლაფანაშვილი, სამაგისტრო ნაშრომი - კეთილსინდისიერების პრინციპის მნიშვნელობა და მოლაპარაკების მონაწილის ბრალი წინასახელშეკრულებო ეტაპზე, 2019, გვ. 33.

<sup>59</sup> ი. კროპოლერი, გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი, სასწავლო კომენტარი, GIZ / IRZ, 2014, გვ. 113.

<sup>60</sup> მუხლი 325, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, 26 ივნისი, 1997.

<sup>61</sup> ი. გელაშვილი, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია (რედ.), 2019, მუხლი 325, გვ. 82.

<sup>62</sup> მე-5 მუხლის მე-2 ნაწილი, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, 26 ივნისი, 1997.

<sup>63</sup> გ. ხუბუა, სამართლის თეორია, გამომცემლობა „მერიდიანი“, 2015, გვ. 85.

<sup>64</sup> იქვე, გვ. 87.

<sup>65</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №22743/07 OTGON v. THE REPUBLIC OF MOLDOVA, 2016 წლის 25 ოქტომბერი.

თიერთობების კარში, წესით, არ უნდა იქნეს გამოყენებული სახელშეკრულებო ურთიერთობებთან მიმართებაში. თუმცაღა, მაინც გამოიყენება. თუ რატომ, აღნიშნულთან დაკავშირებით აუცილებლად იქნება საუბარი.

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს პრაქტიკაც რომ მოვიშველიოთ ამ საკითხზე: „სამოქალაქო კოდექსის 1007-ე მუხლით გათვალისწინებული სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის დაკისრება ოთხი წინაპირობის არსებობას მოითხოვს: უნდა დადგინდეს მართლსაწინააღმდეგო ქმედება, ზიანი, მიზეზობრივი კავშირი მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და ზიანს შორის და ბრალი. ნორმის მიზნიდან გამომდინარე, მართლსაწინააღმდეგო ქმედებად მიიჩნევა სამედიცინო დაწესებულების მიერ არასწორად განხორციელებული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, რამაც გამოიწვია ზიანი.“<sup>66</sup> ასეთ დროს, როდესაც პაციენტის ფიზიკურ ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობას ადგება ზიანი ან პაციენტი იღუპება, მის ნათესავს / კანონიერ წარმომადგენელს აქვს უფლება მოითხოვოს მორალური და მატერიალური ზიანის ანაზღაურება. გარდაცვალებად სსკ-ის 11.3 მუხლის მიხედვით მიიჩნევა თავის ტვინის ფუნქციონირების შეწყვეტა. თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმებსა და შესაბამის გამოკვლევებზე დაწვრილებით ინფორმაციას შეგვიძლია გავეცნოთ საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 15 მარტის ბრძანებულებაში №100.

პირის გარდაცვალების შემდეგ უფლების დაცვის საკითხზე აუცილებელია სასამართლო პრაქტიკის ან საკანონმდებლო მოწესრიგების არსებობა, რომ მხოლოდ სახელისა და ღირსების უფლებაზე არ ვრცელდებოდეს სსკ-ის მე-19 მუხლი<sup>67</sup>. ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ საქმეზე - სარიშვილი-ბოლქვაძე საქართველოს წინააღმდეგ, დაადგინა, რომ უპირობო საკანონმდებლო შეზღუდვა გაუმართ-

ლებლად ართმევდა მომჩივანს უფლებას, მოეთხოვა არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურება მისი ნათესავის გარდაცვალებისას<sup>68</sup>.

სამედიცინო მომსახურების გამწევის ქცევის (როგორც მართლსაწინააღმდეგოს) კვალიფიკაციის დროს აუცილებელია დადგინდეს, ჰქონდა თუ არა ადგილი როგორც სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ფაქტს, ისე უმოქმედობას მისი მხრიდან. როგორც უზენაესი სასამართლოს პრაქტიკით იკვეთება, ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის წინაპირობაა მიზეზობრივი კავშირის არსებობა მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და დამდგარ შედეგს შორის, ანუ პირისთვის ზიანის მიყენების წინაპირობაა მცდარი სამედიცინო მოქმედება. ფაქტი, რომ შეიძლება მკურნალობას შედეგი არ მოჰყვეს, არ ნიშნავს იმას, რომ სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობა დადგება. მთავარი კატალიზატორი ასეთ დროს არის მკურნალობისას დაშვებული შეცდომები. საექიმო შეცდომად კვალიფიცირდება შემთხვევები, როდესაც დარღვეულია საზოგადოდ აღიარებული: 1) სამედიცინო სტანდარტები, 2) ეთიკური სტანდარტები, 3) საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული წესები, ამასთანავე, ყოველივე ზემოაღნიშნულთან ერთად კუმულაციურად უნდა ჩანდეს პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და / ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც უშუალოდ უნდა იყოს პაციენტისთვის ზიანის მიყენების წინაპირობა. რაც შეეხება მტკიცების ტვირთის განაწილების საკითხს, იგი ექიმის მხარესაა. სწორედ მან უნდა დაამტკიცოს, რომ მკურნალობა მიმდინარეობდა შეცდომით. ამასთანავე, პაციენტს / მის ნათესავს / კანონიერ წარმომადგენელს აქვს ფაქტების სრულყოფილად წარმოჩენის ვალდებულება.<sup>69</sup> რადგანაც მტკიცების ტვირთი სამედიცინო მომსახურების გამწევის მხარესაა, სწორედ მის მიმართ არსებობს ბრალეულობის პრეზუმფცია

<sup>66</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის განჩინება №ას-1124-1044-2017, 2018 წლის 30 ივლისი.

<sup>67</sup> ნ. ქათამაძე, არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურება პიროვნების გარდაცვალების შემდეგ და მოთხოვნის უფლების მქონე სუბიექტები, სამართალი და მსოფლიო, გამომცემლობა „დანი“, 2018. გვ. 90.

<sup>68</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №58240/08 „სარიშვილი-ბოლქვაძე საქართველოს წინააღმდეგ“, პარაგრაფი 97, 2018 წლის 19 ივლისი.

<sup>69</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის განჩინება №ას-1124-1044-2017, 2018 წლის 30 ივლისი.

და მანდ უნდა დაამტკიცოს, რომ პირისთვის მიყენებული ზიანი მისი ქმედების შედეგი არ არის.<sup>70</sup>

ერთ-ერთ საქმეში საქართველოს უზენაესმა სასამართლომ მართლწინააღმდეგობად ჩათვალა ექიმის შეცდომა, კერძოდ, პაციენტის ჯანმრთელობის დამაზიანებელი არასწორად ჩატარებული ქირურგიული ჩარევა ან მკურნალობის არასწორი მიმართულება და ა.შ.<sup>71</sup>

ხოლო, რაც შეეხება სახელშეკრულებო ურთიერთობას, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ვახსენოთ, რომ ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გაწევის თაობაზე დადებულ ხელშეკრულებაში პირველადი მოთხოვნა იქნება ხელშეკრულების შესრულება ანუ იმ კონკრეტული მომსახურების გაწევა / პროცედურის ჩატარება, რაზეც მხარეები თანხმდებიან. ამის საფუძველია ის, რომ იურიდიული ლიტერატურიდან გამომდინარე, პირველადი მოთხოვნა სწორედ ხელშეკრულებიდან წარმოშობილი მოთხოვნაა<sup>72</sup>. ზიანის ანაზღაურება კი არის მეორეული მოთხოვნა. ამგვარი მოთხოვნები წარმოიშობა მაშინ, როდესაც პირველადი მოთხოვნა არ სრულდება<sup>73</sup>. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნა არ წარმოადგენს სხვა მოთხოვნების ალტერნატივას. იგი შესაძლებელია ხელშეკრულების გასვლასთან ან დამატებით შესრულებასთან ერთად იქნეს მოთხოვნილი კუმულაციურად.

სსკ-ის 408-ე მუხლი გვიწესებს ზიანის ანაზღაურების ზოგად ჩარჩოს და გვეუბნება, რომ ვალდებულების დარღვევამდე არსებული მდგომარეობა უნდა აღდგეს იმ პირის მიერ, რომელიც არის ვალდებული ანაზღაუროს ზიანი. ხოლო, იმ შემთხვევაში, თუ შეუძლებელია პირვანდელი მდგომარეობის აღდგენა, სსკ-ის 409-ე მუხლის თანახმად, კრედიტორს შესაძლებელია მიეცეს ფულადი ანაზღაურება. აქვე უნდა

აღინიშნოს, რომ სსკ იცნობს მორალური ზიანის ანაზღაურების საფუძველსაც. კერძოდ, სსკ-ის 413-ე მუხლის თანახმად, სხეულის დაზიანება ან ჯანმრთელობისათვის ვნების მიყენება არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის წინაპირობაა. სამწუხაროდ, იურიდიულ ლიტერატურაში მხოლოდ სსკ-ის 413-ე მუხლთან დაკავშირებით არის ჩანაწერი და „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლი არ არის გათვალისწინებული არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების საკითხებზე<sup>74,75</sup>, რომლის თანახმადაც, როგორც ქონებრივი, ისე არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების წინაპირობაა:

- 1) პაციენტის უფლებების დარღვევა;
- 2) მცდარი სამედიცინო ქმედება;
- 3) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზები;
- 4) სახელმწიფოს მხრიდან არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობა და რეგულირება;

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი მხოლოდ ზოგად მითითებას გვთავაზობს, რომ საქართველოს კანონმდებლობით განისაზღვრება პასუხისმგებლობა მორალური ან მატერიალური ზიანისათვის.

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს ერთ-ერთი ძველი განმარტებით, ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის (შემდგომში „კონვენცია“) მე-2 მუხლიდან გამომდინარე, არსებობს სახელმწიფოების პოზიტიური ვალდებულება - შეიმუშაონ და დანერგონ ისეთი წესები, რომლებიც დაავალდებულებს როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო კლინიკებს, გაატარონ საჭირო ღონისძიებები პაციენტთა სიცოცხლის დასაცავად. გარდა ამისა, სახელმწიფოში უნდა არსებობდეს ეფექტური დამოუკიდებელი სასამართლო სისტემა, რათა პაციენტის გარდაცვა-

<sup>70</sup> ნ. პეპენაშვილი, სამედიცინო მომსახურების გამწევის ბრალეულობის პრეზუმფცია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში, სამართლის ჟურნალი №2, 2016. თსუ, გვ. 125.

<sup>71</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-247-237-2013, 2013 წლის პირველი ივლისი.

<sup>72</sup> ზ. ძლიერიშვილი, სამოქალაქო კოდექსის ონლაინკომენტარი, Gccc.ge, 30/05/2016, მუხლი 639.

<sup>73</sup> იქვე.

<sup>74</sup> მ. ბიჭია, არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების რამდენიმე ასპექტი, მართლმსაჯულება და კანონი N3(51)'16, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2016, გვ. 98.

<sup>75</sup> მ. ბიჭია, პაციენტის პირადი ავტონომიის დაცვისა და ინფორმირებული თანხმობის გაცემის თავისებურებები (ქართული და ევროპული მიდგომები), სამართალი და მსოფლიო N12, გამომცემლობა „დანი“, 2019, გვ. 61.

ლების შემთხვევაში გამოიძიონ და პასუხისმგებლობა დააკისრონ შესაბამის პირებს, რომლებსაც ბრალი მიუძღვოდათ პაციენტის გარდაცვალებაში.<sup>76</sup>

იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტმა რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებისგან მიიღო მომსახურება, მხოლოდ იმ სამედიცინო პერსონალს დაეკისრება სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობა, რომელმაც იმოქმედა მართლსაწინააღმდეგოდ. ამასთანავე, უნდა გამოირიცხოს ზიანის წარმომშობი ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა - თავად პაციენტის ბრალი, მისი ორგანიზმის ინდივიდუალური რეაქცია და ა.შ.<sup>77</sup>. მაგალითად, სხვადასხვა პირის ორგანიზმში სხვადასხვანაირად ითვისებს ფილერს, რომელიც გამოიყენება ქირურგიული ჩარევის გარეშე გარეგნობის შეცვლისთვის, კონტურების შესავსებად<sup>78</sup>. ამიტომაც, თუ პირი უკმაყოფილოა ფილერით ჩატარებული სახის რეკონსტრუქციის პროცედურით, დავის შემთხვევაში, უპირველესად მოკვლეული უნდა იყოს, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, პაციენტის ორგანიზმს გააჩნია თუ არა რაიმე თავისებურება. აგრეთვე, როგორ უვლიდა თავს პაციენტი პროცედურის შემდეგ. ითვალისწინებდა თუ არა სამედიცინო მომსახურების გამწევის რჩევებს. მაგალითად, თუ ფილერით ტუჩია კორექტირებული / გადიდებული, პაციენტი გარკვეული დროის განმავლობაში უნდა მოერიდოს სიცხეს, უნდა მიიღოს სითხე, დაიძინოს სპეციალური რეკომენდაციების მიხედვით და ა.შ.<sup>79</sup> და რაც ყველაზე მთავარია, მას პროცედურამდე უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია ყველა გვერდითი მოვლენის შესახებ.

და ბოლოს, მართლსაწინააღმდეგობის გამომრიცხველი გარემოებაა დაზარალებულის თან-

ხმობა.<sup>80</sup> აღნიშნული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ესთეტიკურ მედიცინაში, ვინაიდან, სწორედ ამ თანხმობას ეფუძნება პაციენტის სურვილისამებრ, სამედიცინო საჭიროებების გარეშე პირის ჯანმრთელობის ხელყოფა. ამიტომაც, პაციენტის თანხმობა თუ არ იქნება, საექიმო ჩარევა არის მართლსაწინააღმდეგო<sup>81</sup>.

### 3.1.1. ნამდვილი ხელშეკრულების დარღვევა

იმისათვის, რომ ხელშეკრულების დარღვევა განვიხილოთ, საჭიროა, უპირველესად ხაზი გავუსვათ, რომ ნამდვილი ხელშეკრულება იარსებებს, თუკი მხარეები წინამდებარე ნაშრომის შესაბამისად ასახავენ არსებით და სტანდარტულ პირობებს ხელშეკრულებაში. ამასთანავე, უნდა გვქონდეს საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად დადებული ხელშეკრულება, ანუ უნდა არსებობდეს სსკ-ის 329-ე მუხლის გათვალისწინებით შეთავაზებული ოფერტი და სსკ-ის 331-ე მუხლის პირობებით გაცხადებული აქცეპტი.

სსკ-ის 352-ე, 405-ე და 490-ე მუხლების სიტემური ანალიზის საფუძველზე ვარკვევთ, რომ ხელშეკრულების დარღვევის (შეუსრულებლობის / არაჯეროვანი შესრულების) ანუ პირველადი მოთხოვნის შეუსრულებლობის შემთხვევაში წარმოიშობა შემდეგი მეორეული მოთხოვნები: დამატებითი შესრულება, ხელშეკრულების შეწყვეტა, ზიანის ანაზღაურება, ნაკლის აღმოფხვრა, თანხის შემცირება. იმისათვის, რომ ნათელი იყოს, ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში, ყოველი მეორეული მოთხოვნიდან გამომდინარე რა რეალობა შეიძლება დადგეს, განვიხილოთ თითოეული მათგანი.

<sup>76</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №32967/96 „CALVELLI & CIGLIO v. ITALY“, 2002 წლის 17 იანვარი.

<sup>77</sup> ნ. კვანტალიანი, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი N2(33)'12, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2012. გვ. 8.

<sup>78</sup> British College of Aesthetic Medicine, Dermal Fillers, [https://bcam.ac.uk/patients/treatments/dermal\\_fillers.aspx#:~:text=Dermal%20fillers%20\(injectable%20fillers\)%20are,t](https://bcam.ac.uk/patients/treatments/dermal_fillers.aspx#:~:text=Dermal%20fillers%20(injectable%20fillers)%20are,t)

he%20skin%20by%20filling%20contours ხელმისაწვდომი 2022 წლის 27 მაისის მდგომარეობით.

<sup>79</sup> 10 Best Aftercare Tips for Lip Fillers, <https://www.healthline.com/health/beauty-skin-care/lip-fillers-aftercare#10-tips> ხელმისაწვდომი 2022 წლის 27 მაისის მდგომარეობით.

<sup>80</sup> ნ. პეპანაშვილი, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, (დის..) თსუ, 2016, გვ. 57.

<sup>81</sup> მ. ბიჭია, დაზარალებულის გარდაცვალებისას ზიანის ანაზღაურების პრობლემა, სამართალი და მსოფლიო N4/2016, გამომცემლობა „დანი“, 2016, გვ. 48.



აღსანიშნავია, რომ თუ ხელშეკრულება არ არის ნამდვილი, ვერ გამოვიყენებთ სსკ-ის 405-ე და 352-ე მუხლებს<sup>82</sup>.

*დამატებითი შესრულება (ნაკლის აღმოფხვრა)*

სსკ 490-ე მუხლის პირველი ნაწილით მოვალეს აკისრებს ვალდებულებას, ნაკლის შემთხვევაში გამოასწოროს იგი, ან ჩაანაცვლოს. მაგალითად, პირისათვის პროცედურით მიყენებული ზიანი დამატებითი შესრულების გზით უნდა აღმოიფხვრას.

*ხელშეკრულების შეწყვეტა*

ხელშეკრულება შეიძლება შეწყდეს ორი გზით: ხელშეკრულებიდან გასვლით და ხელშეკრულების მოშლით. მათ შორის განსხვავება ის არის, რომ ხელშეკრულებიდან გასვლა იწვევს ორმხრივ რესტიტუციას, ხოლო, მოშლა - სახელშეკრულებო ურთიერთობას წყვეტს მოშლის მომენტში. მოშლამდე კი სამართლებრივი ურთიერთობა ნამდვილია.

სსკ 356-ე მუხლი იცნობს გასვლის ინსტიტუტს. იგი ყურადღებას ამახვილებს ვადაზე, რომ გასვლის ვადის არ არსებობის შემთხვევაში, მეორე მხარე უსაზღვრავს გამსვლელ მხარეს ვადას. აღნიშნული დანაწესი გამოიყენება არამხოლოდ სახელშეკრულებო, არამედ კანონისმიერი გასვლის დროსაც<sup>83</sup>. იმისათვის, რომ პირი გავიდეს ხელშეკრულებიდან, საჭიროა შემდეგი წინაპირობები: უპირველესად უნდა არსებობდეს მხარეებს შორის ნამდვილი (ორმხრივი) ხელშეკრულება, ხელშეკრულების (მნიშვნელოვან) დარღვევასთან უნდა გვექონდეს საქმე, დამატებითი ვადა უნდა იყოს დაწესებული / უნდა იყოს გაფრთხილებული მოვალე და აღ-

ნიშნული ვადა უშედეგოდ უნდა იყოს გასული<sup>84</sup>. ხელშეკრულებიდან გასვლა, იურიდიული ლიტერატურის თანახმად, აღმჭურველი უფლებაა, აღნიშნული კი ნიშნავს იმას, რომ ხანდაზმულობა არ ვრცელდება მასზე, თუმცაღა, მხარეებს აქვთ უფლება, თავად დათქვან ამგვარი ვადა<sup>85</sup>. გასვლის შემდეგ კი რესტიტუციას აქვს ადგილი<sup>86</sup>.

ხოლო, რაც შეეხება მოშლას, იგი სამომავლო ურთიერთობაზე უარის თქმას გულისხმობს<sup>87</sup>. სსკ-ის 399-ე მუხლი შემდეგ წინაპირობებს გვიწესებს ხელშეკრულების მოსაშლელად: ხელშეკრულების მოშლისათვის უნდა არსებობდეს შემდეგი წინაპირობები: 1) ე.წ. „პატივსაღები საფუძველი“, 2) ვალდებულების დარღვევა; 3) გასული უნდა იყოს ნაკლის აღმოსაფხვრელად დაწესებული ვადა, 4) მოშლის საფუძვლის წარმოშობიდან გონივრულ ვადაში უნდა იყოს უარი გაცხადებული.

ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების დროს ხელშეკრულების მოშლაა სახეზე. აღნიშნულთან ერთად შეეძლება პაციენტმა დააყენოს სხვა მეორეული მოთხოვნები.

*ზიანის ანაზღაურება*

ვინაიდან აღნიშნული ნაშრომის ფარგლებში ზიანის საკითხს ცალკე თავი ეძღვნება, მხოლოდ მოკლე მიმოხილვით უნდა შემოვიფარგლოთ ამ ნაწილში და ვახსენოთ, რომ პირს, ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების თაობაზე დადებული ხელშეკრულების ფარგლებში, აქვს უფლება, მოითხოვოს ზიანის ანაზღაურება ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში.

<sup>82</sup> მ. მაჭარაძე, ხელშეკრულებიდან გასვლა და ხელშეკრულების მოშლა - განსხვავება და სამართლებრივი შედეგები (საქართველოს და გერმანიის სამართლის მიხედვით), ქართული სამართლის მიმოხილვა - სპეციალური გამოცემა 2008, თსუ, გვ. 127.

<sup>83</sup> გ. რუსიაშვილი, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია (რედ.), 2019, მუხლი 356, გვ. 324.

<sup>84</sup> მ. მაჭარაძე, ხელშეკრულებიდან გასვლა და ხელშეკრულების მოშლა - განსხვავება და სამართლებრივი შედეგები (საქართველოს და გერმანიის სამართლის მიხედვით), ქართული

სამართლის მიმოხილვა - სპეციალური გამოცემა 2008, თსუ, გვ. 127.

<sup>85</sup> ლ. ჭანტურია, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი მესამე, რედ.: ლ. ჭანტურია, 2001, გვ. 256.

<sup>86</sup> მ. მაჭარაძე, ხელშეკრულებიდან გასვლა და ხელშეკრულების მოშლა - განსხვავება და სამართლებრივი შედეგები (საქართველოს და გერმანიის სამართლის მიხედვით), ქართული სამართლის მიმოხილვა - სპეციალური გამოცემა 2008, თსუ, გვ. 141.

<sup>87</sup> იქვე, გვ. 147.

**თანხის შემცირება**

ფასის შემცირებაზე დათქმა არ არსებობს სსკ-ის ვალდებულებითი სამართლის ზოგად ნაწილში. შესაბამისად, ანალოგიისთვის უნდა მოვიშველიოთ მისი 492-ე მუხლი, რომელიც ეხება ნასყიდობის ხელშეკრულების ფარგლებში ფასის შემცირებას და გვეუბნება, რომ ფასის შემცირების მეორეული მოთხოვნა გამოიყენება მაშინ, როცა სხვა მეორეულ მოთხოვნებს არ იყენებს პირი.<sup>88</sup>

რაც შეეხება მეორეულ მოთხოვნათა ურთიერთმიმართებას, ხელშეკრულებიდან გასვლასა<sup>89</sup> და მოშლასთან ერთად შესაძლებელია, მოთხოვნილ იქნეს ზიანის ანაზღაურებაც<sup>90</sup>. კონკურენციის დროს კი სსკ-ის 405-ე მუხლის პირველი ნაწილიდან გამომდინარე, ხელშეკრულებაზე უარი მაშინ გამოიყენება, როდესაც უშედეგოდ ჩაივლის ვალდებულების შესრულების მოთხოვნა ან არ აქვს მნიშვნელობა მის შესრულებას<sup>91</sup>. ხოლო, დამატებითი შესრულება (რომელიც უპირველესად გამოსაყენებელი მეორეული მოთხოვნაა<sup>92</sup>) მხოლოდ ხელშეკრულებიდან გასვლის წინაპირობად შეიძლება ჩავთვალოთ<sup>93</sup>.

**3.1.2. ჯანმრთელობის ხელყოფა**

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი მოიცავს დანაშაულებს როგორც ჯანმრთელობის, ისე - სიცოცხლის წინააღმდეგ. წინამდებარე საკითხი სისხლის სამართლის კუთხით არ ჩაიშლება, ვინაიდან წინამდებარე ნაშრომი ემსახურება ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების კერძო სამართლებრივი კუთხით განხილვას. ამიტომაც უნდა მოვიშველიოთ შესაბამისი კანონმდებლობა. ჯანმრთელობის ხელყოფა, რომელიც დადგა სისხლის სამართლის

დანაშაულის შედეგად, შეიძლება გამოიხატოს შრომისუნარობაში. საქართველოს შრომის კოდექსის 46-ე მუხლის მეორე ნაწილის „ი“ ქვეპუნქტი გვეუბნება, რომ დროებითი შრომისუნარობა მოიცავს ზედიზედ 40 კალენდარულ დღეს ან 6 თვის განმავლობაში საერთო ვადას მაქსიმუმ 60 კალენდარული დღის ოდენობით. შრომის უნარი შესაძლებელია შეიზღუდოს ხანგრძლივადაც. იმავე კოდექსის 47-ე მუხლის პირველი ნაწილის „ი“ ქვეპუნქტი გვეუბნება, რომ თუკი შრომისუნარობის ვადა აღემატება დროებითი შრომისუნარობის ვადებს და დამსაქმებელმა გამოიყენა საქართველოს შრომის კოდექსით გათვალისწინებული შვებულება.

საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 92-ე მუხლის მე-2 ნაწილი გვეუბნება, რომ მიყენებული ზიანი ანაზღაურდება სამოქალაქო წესით. რაც იმას ნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწევს რომც დაეკისროს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა პაციენტისათვის მიყენებული ზიანისათვის, დაზარალებულ პირს შეუძლია ზიანის ანაზღაურების თაობაზე გააგრძელოს დავა სამოქალაქო წესით.

**3.2. ზიანი**

წარმოშობის საფუძვლის მიხედვით ვალდებულება არსებობს ორი სახის: სახელშეკრულებო და არასახელშეკრულებო (კანონისმიერი). ხოლო, უფლება-მოვალეობების კუთხით ცალმხრივი და ორმხრივი.<sup>94</sup> იურიდიული ლიტერატურის თანახმად, სახელშეკრულებო ურთიერთობის ფარგლებში სახელშეკრულებო ზიანს განაპირობებს მხარეთა შორის არსებული შეთანხმება, ხოლო პაციენტის აბსოლუტური უფლებებისათვის ზიანის მიყენება ექცევა დელიქტური

<sup>88</sup> ნ. ჩიტაშვილი, სადოქტორო ნაშრომი - შეცვლილი გარემოებების გავლენა ვალდებულების შესრულებასა და მხარეთა შესაძლო მეორად მოთხოვნებზე, თსუ, 2014, გვ. 185.

<sup>89</sup> იქვე, გვ. 127.

<sup>90</sup> იქვე, გვ. 149.

<sup>91</sup> ანა ფიფია, ხელშეკრულებიდან გასვლის კონტინენტურეკროპული და ანგლოამერიკული სამართლებრივი მოწესრიგების ძირითადი მახასიათებლები და მათი გავლენა ქართულ

სამართალზე, ქართული სამართლის მიმოხილვა - სპეციალური გამოცემა 2008, თსუ, გვ. 74.

<sup>92</sup> ნ. ჩიტაშვილი, სადოქტორო ნაშრომი - შეცვლილი გარემოებების გავლენა ვალდებულების შესრულებასა და მხარეთა შესაძლო მეორად მოთხოვნებზე, თსუ, 2014, გვ. 187.

<sup>93</sup> იქვე, გვ. 186.

<sup>94</sup> ზ. ძლიერიშვილი, გ. ცერცვაძე, ი. რობაქიძე, გ. სვანაძე, ლ. ცერცვაძე, ლ. ჯანაშია, „სახელშეკრულებო სამართალი“, გამომცემლობა „მერიდიანი“, 2014, გვ. 40.

ვალდებულების ფარგლებში.<sup>95</sup> აქვე აღსანიშნავია, რომ იურიდიულ ლიტერატურაში ასევე არსებობს „სუფთა“ ქონებრივი ზიანის ცნება, რომელიც გულისხმობს შემთხვევას, როცა დაზარალებულის აბსოლუტური უფლება არ ილახება, თუმცა, ამავდროულად მცირდება მისი ქონება.<sup>96</sup> მაგალითად, ექიმმა არ მიაწოდა სწორი ინფორმაცია პაციენტს, რა დრო დასჭირდებოდა ლიპოსაქციისგან რეაბილიტაციას და მან ვერ გადაიხადა სესხი, შესაბამისად, დაეკისრა პირგასამტეხლო. მართალია, ამ შემთხვევაში პირის აბსოლუტური უფლება არ შეზღუდულა, თუმცა, მას მიაღდა ქონებრივი ზიანი. საინტერესო იქნება ამ კუთხით სასამართლო პრაქტიკის განვითარება.

ზიანი (პირისთვის საექიმო შეცდომით მიყენებული ზიანი) შეიძლება იყოს ორი სახის - ქონებრივი და არაქონებრივი.<sup>97</sup> სასამართლო პრაქტიკა მას შემდეგნაირად განმარტავს: „ფიზიკური ან იურიდიული პირის უფლების ან კეთილდღეობის ხელყოფა“.<sup>98</sup> აქვე რომ მოვიშველიოთ უცხოური ლიტერატურაც - პირს თავისი ჯანმრთელობის შელახვა არამხოლოდ მატერიალურ ზიანს (მკურნალობის ხარჯები, მიუღებელი შემოსავალი შრომისუნარობის გამო) აყენებს, არამედ მას (პაციენტს) ადგება არამატერიალური ზიანი, რომელიც გამოიწვია მისმა ტანჯვამ<sup>99</sup>.

შესაბამისად, ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარეობს ის, რომ ზიანი არსებობს სახელშეკრულებო და არასახელშეკრულებო (პირველ შემთხვევაში მხარეებს შორის ზიანის წარმოშობამდე არსებობდა ურთიერთობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში ზიანის დადგომის მომენტში წარმოიშვა ვალდებულებითსამართლებრივი ურთიერთობა), ქონებრივი და არაქონებრივი (მატერიალური და არამატერიალური ზიანი), ფაქტობრივი და მიუღებელი შემოსავალი (ფაქტობრივად დამდგარი ზიანი და შემოსავლის მიღების დაბრკოლებით დამდგარი ზიანი).<sup>100</sup>

სსკ-ის 394-ე მუხლი გვიწესებს ზოგად ჩარჩოს სახელშეკრულებო ზიანის ანაზღაურებასთან მიმართებით. იგი აძლევს კრედიტორს შესაძლებლობას, მოითხოვოს მისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურება (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც პასუხისმგებლობა მოვალეს არ ეკისრება ამა თუ იმ ვალდებულების დარღვევისათვის. სამწუხაროდ, ნორმატიულად არ არის მოწესრიგებული საკითხი, რა ხდება, როდესაც სახელშეკრულებო ურთიერთობაში მყოფი პაციენტი / დაზარალებული დაიღუპება პირობითად ესთეტიკური სამედიცინო პროცედურისას ან მის შედეგად. სსკ იცნობს მხოლოდ კანონისმიერი ვალდებულებითი სამართლის შემთხვევებს ასეთ დროს. მაგალითად, სსკ-ის 1006-ე მუხლი გვეუბნება, რომ დაზარალებულის სარჩენ პირებს უნდა აუნაზღაურდეს ზიანი სარჩოს სახით მთელი იმ პერიოდის განმავლობაში, როცა დაზარალებულს უნდა ეხადა სარჩო მათთვის. ამ თანხის ერთჯერადად ანაზღაურებაც არის შესაძლებელი, თუმცადა, მისი წინაპირობაა მნიშვნელოვანი საფუძვლის არსებობა.

აქვე აუცილებელია მოვიშველიოთ უზენაესი სასამართლოს განმარტება, რომ სარჩენ პირად მიიჩნევა დაზარალებულის კმაყოფაზე მყოფი ყველა პირი, რომელთაც საკუთარი თავის რჩენა არ შეუძლიათ: 1) არასრულწლოვნობის ან 2) შრომისუნარობის გამო, აგრეთვე 3) მეუღლე ორსულობის პერიოდში და 4) ბავშვის დაბადებიდან სამი წლის განმავლობაში. ამასთანავე, იმ ფაქტობრივი გარემოებებიდან გამომდინარე ეკისრება ზიანის მიმყენებელს პასუხისმგებლობა.

აქვე აუცილებელია მოვიშველიოთ უზენაესი სასამართლოს განმარტება, რომ სარჩენ პირად მიიჩნევა დაზარალებულის კმაყოფაზე მყოფი ყველა პირი, რომელთაც საკუთარი თავის რჩენა არ შეუძლიათ: 1) არასრულწლოვნობის ან 2) შრომისუნარობის გამო, აგრეთვე 3) მეუღლე ორსულობის პერიოდში და 4) ბავშვის დაბადებიდან სამი წლის განმავლობაში. ამასთანავე, იმ ფაქტობრივი გარემოებებიდან გამომდინარე ეკისრება ზიანის მიმყენებელს პასუხისმგებლობა.

<sup>95</sup> ნ. კვანტალიანი, პაციენტის უფლებები და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის საფუძველი, გამომცემლობა „იურისტების სამყარო“, 2014, გვ. 53.

<sup>96</sup> გ. რუსიაშვილი, „სუფთა ქონებრივი ზიანი“ - გულისხმიერი ქცევის ვალდებულების თუ დამცავი ნორმის დარღვევა?, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი N4/2019, სახელმწიფოსა და სამართლის ინსტიტუტის გამომცემლობა, გვ. 1.

<sup>97</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-1800-2019, 2020 წლის 20 თებერვალი.

<sup>98</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განჩინება №ას-920-959-2011, 2013 წლის 1 ივლისი.

<sup>99</sup> C. V. Dam, *European tort law, 2nd edition*, Oxford, 2013, P. 346.

<sup>100</sup> გ. ბათლიძე, სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ჭანტურია (რედ.), 2019, მუხლი 408, გვ. 690.

ბლობა, რაც არსებობს პირის გარდაცვალების მომენტში.<sup>101</sup>

ამ ქვეთავის ფარგლებში აუცილებლად უნდა შევეხოთ მორალური ზიანის ანაზღაურების საკითხსაც. თუკი პირის ჯანმრთელობას მიაღგება ზიანი ახლობლის გარდაცვალებით, შესაძლებელია ვივარაუდოთ, რომ სსკ-ის 413-ე მუხლის მე-2 ნაწილი გახდება მორალური ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის საფუძველი. თუმცა, ამ მოთხოვნის სუბიექტი თავად დაზარალებულია, კანონის ჩანაწერიდან გამომდინარე, შესაბამისად, ეს საკითხი რჩება პრობლემური და მოუწესრიგებელი. რა მოხდება, თუ ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების შედეგად გარდაცვლილი პირის ახლობლებს მოესურვებათ არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნა? ქართულ სასამართლო პრაქტიკაში არის ისეთი შემთხვევაც, როდესაც სსკ-ის 413-ე მუხლის მეორე ნაწილით ხელშეკრულების დარღვევა გახდა მორალური ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის დაკმაყოფილების საფუძველი<sup>102</sup>. სწორედ ამიტომ, წინასწარ შეუძლებელია პროგნოზირება, თუ რა კუთხით განვითარდება პრაქტიკა.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონსაც უნდა შევეხოთ ასეთ დროს. მე-10 მუხლით სწორედ იგი აძლევს პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს შესაძლებლობას მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს როგორც ქონებრივი, ისე არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურება, თუკი მცდარი სამედიცინო ქმედება განხორციელდება. კანონის ჩანაწერში წერია მხოლოდ კანონიერი წარმომადგენელი და არა ნათესავი. ამიტომაც, აღნიშნულიდან გამომდინარე, შეგვიძლია მივიჩნიოთ, რომ პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ დამდგარ სამართლებრივ რეალობაზე არ ვრცელდება ეს შემთხვევა.

როდესაც ვსაუბრობთ ზიანის ანაზღაურების საკითხზე, აუცილებელია განვიხილოთ ხანდაზ-

მულობის საკითხიც. სსკ-ის 413-ე მუხლიდან მიმართებით უნდა მოვიშველიოთ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს პრაქტიკა, რომელიც გვეუბნება, რომ არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების ხანდაზმულობის ვადა მიბმულია მატერიალური ზიანის ანაზღაურების ვადასთან, რაც ნიშნავს იმას, რომ მატერიალური ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის ვადის გასვლის შემდეგ ორივე მოთხოვნა ხანდაზმულია.<sup>103</sup> სსკ-ის 129-ე მუხლის თანახმად, ხელშეკრულებიდან წარმოშობილ მოთხოვნებზე ვრცელდება 3 - წლიანი ხანდაზმულობის ვადა. ხოლო, სსკ-ის 1008-ე მუხლის თანახმად, სამწლიანი ხანდაზმულობის ვადა ვრცელდება დელიქტით გამოწვეული ზიანის ასანაზღაურებლად. წინამდებარე ვადის ათვლა იწყება მას შემდეგ, რაც კონკრეტული შემთხვევით დაზარალებული შეიტყობს „ზიანის ან ზიანის ანაზღაურებაზე ვალდებული პირის“ თაობაზე. პრაქტიკაში სამედიცინო სახელშეკრულებო ურთიერთობებთან მიმართებითაც დელიქტური ნორმებია გამოყენებული, კერძოდ, ზემოთ ხსენებულ გადაწყვეტილებაში არის მითითება, რომ სამედიცინო სამართლის კუთხით, როცა ზიანი ადგება პირის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას, სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის წარმოშობის წინაპირობები იგივეა, როგორც დელიქტური ვალდებულებების შემთხვევაში (ანუ უნდა დაფიქსირდეს ზიანი, მართლწინააღმდეგობა, ბრალი და მიზეზობრივი კავშირი)<sup>104</sup>. შესაბამისად, იმავე გადაწყვეტილების ფარგლებში უზენაესი სასამართლოც დელიქტურ ნორმებს იყენებს საქმის გადასაწყვეტად. იმისთვის, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწვევის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობა (ზიანის ანაზღაურების დაკისრება) დადგეს, აუცილებელია, არსებობდეს ზიანი, რომელიც მიყენებულია პირის მართლსაწინააღმდეგო მოქმედებით და არსებობს მიზეზობრივი კავშირი სამედიცინო

<sup>101</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილება №ბს-378-367(კ-13), 2013 წლის 14 ნოემბერი.

<sup>102</sup> ნ. ბერიძე, არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურება ჯანმრთელობისათვის მიყენებული ზიანისას, შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული

ჟურნალი N4/2020, სახელმწიფოსა და სამართლის ინსტიტუტის გამომცემლობა, 2020, გვ. 64.

<sup>103</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-247-237-2013, 2013 წლის პირველი ივლისი.

<sup>104</sup> იქვე.

პერსონალის ქმედებასა და დამდგარ შედეგს შორის<sup>105</sup>.

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ პაციენტის სასარგებლოდ დააკისრა სახელმწიფოს 20 000 ევროს გადახდა, როდესაც რამდენიმე პლასტიკური ოპერაციის შედეგად დამდგარი ზიანის გამო 9 წლის განმავლობაში პირს დავა უწევდა სხვადასხვა ინსტანციაში.<sup>106</sup> აღნიშნული საქმე იმითაა მნიშვნელოვანი, რომ არ აქვს მნიშვნელობა, რამდენად რთული და კომპლექსურია სამედიცინო შემთხვევა, სახელმწიფო ორგანოებმა უნდა გამოიჩინონ შესაბამისი სიზუსტე, რათა დროული და სამართლიანი მართლმსაჯულება მიიღოს პაციენტმა. თანაც, აღნიშნული საქმე ექცევა კატეგორიაში, რომელიც განსაკუთრებულ ოპერატიულობას მოითხოვს, ვინაიდან ხანდაზმული პირი ითხოვს ზიანის ანაზღაურებას<sup>107</sup>.

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ ერთ-ერთ საქმეში მიიჩნია, რომ ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-2 მუხლის („სიცოცხლის უფლება“) არსებითი და პროცედურული ასპექტების დარღვევამ მომჩივანს მიაყენა არაქონებრივი ზიანი, ვინაიდან იგი ჩააყენა ტანჯულ და უიმედო მდგომარეობაში<sup>108</sup>. აღნიშნული პრეცედენტი კი მიუთითებს იმაზე, რომ ეროვნულ დონეზე სასამართლოებმა უნდა მოიკვლიონ ამა თუ იმ უფლების დარღვევა როგორ მდგომარეობაში აყენებს მომჩივანს და შესაბამისად გადაწყვიტონ არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების საკითხი. მით უმე-

ტეს, ესთეტიკური მედიცინის შემთხვევაში, პაციენტები უფრო სენსიტიურები და მოწყვლადები არიან, ვინაიდან საკუთარი ნება-სურვილით (და არა აუცილებლობიდან გამომდინარე) იკეთებენ პროცედურებს. თანაც, ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ (სამედიცინო დავაში) მიიჩნია, რომ დარღვევით გამოწვეული მორალური ზიანის ანაზღაურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, როგორც კომპენსაციის სპექტრის ნაწილი<sup>109</sup>. აღნიშნული კი ხაზს უსვამს იმას, რომ ქონებრივი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლებაზე არანაკლებ მნიშვნელოვანია არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება და რა თქმა უნდა, ამ უფლების რეალიზაცია.

ქართული სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით კი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება აქვს პაციენტს ორი კომპონენტის არსებობისას: თუ სამედიცინო პროცედურის ფარგლებში არ არის მიზანი მიღწეული და სამედიცინო მაჩვენებლების შესაბამისი არ არის სამედიცინო მომსახურების გამწევის ქმედება.<sup>110</sup>

### 3.3. მიზეზობრივი კავშირი

მიზეზობრივი კავშირი იურიდიულ ლიტერატურაში განმარტებულია შემდეგნაირად - „ეს არის მოვლენათა შორის ობიექტურად დამოუკიდებელი სავალდებულო კავშირი, როდესაც ერთი მოვლენა (მიზეზი) წინ უსწრებს სხვას (შედეგს) და წარმოშობს მას“<sup>111</sup>. სსკ-ს 412-ე მუხლი-

<sup>105</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-394-373-2012, 2012 წლის 21 ივნისი.

<sup>106</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №31675/04 „CODARCEA v. ROMANIA“, 2009 წლის 2 ივნისი.

<sup>107</sup> დამოუკიდებელი ინსპექტორისა და იუსტიციის უმაღლესი საბჭოს საქმიანობის მონიტორინგი დისციპლინური სამართალწარმოების პროცესში - ანგარიში და რეკომენდაციები, 2021, თბილისი, <http://ewmi-prolog.org/images/files/5726%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%A8%E1%83%98-%E1%83%93%E1%83%90-%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%98%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98.pdf> ხელმისაწვდომი 2022 წლის 15 ივნისის მდგომარეობით.

<sup>108</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №56080/13 „CASE OF LOPES DE SOUSA FERNANDES v. PORTUGAL“, პარაგრაფი 242, 2017 წლის 19 დეკემბერი.

<sup>109</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე №46477/99 „Case of PAUL AND AUDREY EDWARDS V. THE UNITED KINGDOM“, პარაგრაფი 97, 2002 წლის 14 მარტი.

<sup>110</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-260-244-2011, 2011 წლის 27 ივნისი.

<sup>111</sup> ნ. კვანტალიანი, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი N2(33)12, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2012. გვ. 6.

დან გამომდინარე, ანაზღაურდება პირდაპირი ზიანი, ანუ ისეთი ზიანი, რომელიც შეიძლებოდა ევარაუდა მოვალეს.<sup>112</sup> ამასთანავე, ზიანი დამდგარი უნდა იყოს მოვალის ქმედებით. არ აქვს მნიშვნელობა, მან ბრალეული ქმედება ჩაიდინა თუ არა, ამგვარი ქმედება უნდა იწვევდეს ზიანსაც იმისთვის, რომ დადგეს ზიანის ანაზღაურების მოვალეობა<sup>113</sup>. ქართული სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, მიზეზობრივი კავშირის დაუდგენლობის გამო (პაციენტის მიმართ არასასურველ შედეგსა და სამედიცინო პერსონალის ქმედებას შორის) არ კმაყოფილდება სასარჩელო მოთხოვნები, რომლებიც ეხება სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში მიყენებული ზიანის ანაზღაურებას<sup>114</sup>. მიზეზობრივი კავშირის მოკვლევის პროცესში მნიშვნელოვანია, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმაც გამოიკვლიოს შემთხვევა. აგრეთვე, უნდა იყოს გამოჩვენებული, თავად პაციენტმა მიაწოდა თუ არა ამომწურავი ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გამწვევს საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ. შესაბამისად, უნდა იყოს შესწავლილი სამედიცინო დოკუმენტაცია, თუ რა ინფორმაცია ფიქსირდება პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ.<sup>115</sup> სამედიცინო დოკუმენტაციის არასწორ წარმოებას / არარსებობას გავლენა აქვს სამედიცინო მუშაკის მტკიცების ტვირთზე, ვინაიდან არასათანადო დოკუმენტაციის არსებობის პირობებში (იმის მიუხედავად, რომ ამგვარი დოკუმენტაცია არსებობს პაციენტის სამედიცინო ისტორიაში) სწორედ ექიმის სამტკიცებელია, რამდენად სწორი იყო მისი ქმედება.<sup>116</sup>

თუ დავის ფარგლებში მიზეზობრივი კავშირია სახეზე, მაშინ ზიანი უნდა ანაზღაურდეს სრულად და არ აქვს მნიშვნელობა, რა ოდენო-

ბისაა ზიანი, ან „რამდენად მაღალია მოვალის ბრალეულობა“.<sup>117</sup> მიზეზობრივი კავშირი არ იქნება სამედიცინო პერსონალის ქმედებასა და დამდგარ შედეგს შორის, თუკი პაციენტის ბრალის ან მისი ორგანიზმის ინდივიდუალური რეაქციის შედეგად დადგა არასასურველი შედეგი<sup>118</sup> ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების დროს. შესაბამისად, დაზარალებულის ბრალის მოცულობის მიხედვით შემცირდება იმ პირის პასუხისმგებლობის მოცულობა, ვინც ზიანი გამოიწვია<sup>119</sup>. ამიტომაც, მნიშვნელოვანია, პაციენტი მიჰყვეს ესთეტიკური სამედიცინო დაწესებულების ინსტრუქციებსა და რეკომენდაციებს, დააკვირდეს პროცედურის შემდგომ რა შედეგი დადგება და ამის შემდეგ მიმართოს შესაბამის ორგანიზაციებს (თავად კლინიკას, სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს, სასამართლოს). თუმცადა, სასურველი იქნება, თუ ესთეტიკური სამედიცინო დაწესებულებები მაქსიმალურად მიმართავენ ისეთ მეთოდებს, რომლების გამოყენებითაც მეტწილად ექიმი წარმართავს სამედიცინო მანიპულაციებს. მაგალითად, ზოგიერთ ექიმს აქვს ასეთი წესი, რომ რინოპლასტიკის შემდეგ პაციენტმა თავად უნდა გაისწოროს თავაშირი (რომელიც სახეზე ადევს) პერიოდულად. ასეთი დავალება პაციენტისთვის ძალიან დიდი პასუხისმგებლობაა, ვინაიდან თავაშირის არასწორმა მდებარეობამ შეიძლება ცხვირს სამუდამოდ შეუცვალოს ფორმა. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების გამწვევებმა მაქსიმალურად უნდა გამოიყენონ მეთოდები, რომელთა წყალობითაც პაციენტს არ მოუწევს დიდი წვლილის შეტანა საკუთარი გარეგნობის ცვლილების პროცესში.

<sup>112</sup> ბ. ზოიძე, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი მესამე, რედ.: ლ. ჭანტურია, თბ., 2001, გვ. 465.

<sup>113</sup> იქვე, გვ. 467.

<sup>114</sup> ნ. კვანტალიანი, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი N2(33)'12, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2012, გვ. 7.

<sup>115</sup> იქვე, გვ. 9.

<sup>116</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-260-244-2011, 2011 წლის 27 ივნისი.

<sup>117</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის განჩინება №ას-1322-2018, 2019 წლის 4 აპრილი.

<sup>118</sup> ნ. კვანტალიანი, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის პრობლემები სამედიცინო მუშაკის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და პაციენტისათვის მიყენებულ ზიანს შორის, მართლმსაჯულება და კანონი N2(33)'12, საქართველოს უზენაესი სასამართლო და საქართველოს მოსამართლეთა ასოციაცია, 2012, გვ. 8.

<sup>119</sup> ფ. ბაქრაძე, მტკიცების ტვირთის განაწილება სამედიცინო დავებში, თსუ სამართლის მიმოხილვა №3, 2018, გვ. 87.

### 3.4. ბრალი

სამედიცინო სფეროშიც არსებობს „გონიერი ადამიანის“ შეფასების მოდელი, რომელიც გამოხატულია სამედიცინო პერსონალის გულგრილობის დადგენის სტანდარტში. დაუდევრობის შეფასების ტესტი კი თავის თავში მოიცავს დამშვებას, თუ რა ქმედებას განახორციელებდა ექიმი საშუალო ცოდნითა და გამოცდილებით.<sup>120</sup> აღნიშნული კი იმას ნიშნავს, რომ თუკი ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გამწვევი ზიანს მიაყენებს პაციენტს, უნდა გაირკვეს, „გონიერი ადამიანი“ ანუ სხვა ობიექტური მესამე პირი როგორ მოიქცეოდა იმავე სიტუაციაში და გამოიჩინდა თუ არა გულგრილობას შედეგის მიმართ. აღსანიშნავია, რომ ერთ-ერთი ნარკვევის თანახმად, როცა ზიანი დგება კოსმეტიკური ოპერაციის შედეგად, დაუდევარი ქცევის არსებობა უფრო მკაფიო და ადვილი სამტკიცებელია, ვიდრე მაშინ, როდესაც ზიანი დგება სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი ოპერაციის დროს<sup>121</sup>. აღნიშნულის მიზეზი უცნობია, თუმცა, ავტორის მოსაზრებით, ვინაიდან არა სამკურნალო, არამედ პროფილაქტიკურ ხასიათს ატარებს პროცედურა, უფრო ნათელია პაციენტისთვის, როცა მას პროცედურამდე არაფერი აწუხებდა და შემდგომში უკვე პრობლემები ექმნება<sup>122</sup>.

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტების თანახმად - პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის შემთხვევაში ჩვეულებრივ ექიმის განზრახვი ბრალი არ არის სახეზე. ექიმის გაუფრთხილებლობის დადგენაც საკმარისია, რაშიც იგულისხმება მის (სამედიცინო მომსახურების გამწვევის) მიერ ნაკისრი ვალდებულებების აუცილებელი გულისხმიერებისა და ყურადღების გარეშე განხორციელება. „გულისხმიერებასა

და ყურადღებებიანობაში იგულისხმება ექიმის მიერ საჭირო სამედიცინო მოქმედებების ზედმიწევნით ხარისხიანად, აღიარებული სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად შესრულება“.<sup>123</sup> სწორედ სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა წარმოადგინოს მტკიცებულებები, რათა თავისი ბრალი გამოირიცხოს. მაგალითად, სათანადოდ უნდა გამოიკვლიოს სამედიცინო მანიპულაციის შემდეგ დამდგარი შედეგი.<sup>124</sup> ხოლო, იმ შემთხვევაში, თუ გამოიკვეთება ექიმის განზრახვა, არა საექიმო შემთხვევასთან, არამედ სისხლის სამართლის დანაშაულთან გვექნება საქმე<sup>125</sup>.

გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის 254-ე მუხლი და სსკ-ის 415-ე მუხლი იცნობს ე.წ. „თანაბრალეულობის“ ცნებას, როცა თავად დაზარალებულსაც მიუძღვის წვლილი ზიანის დადგომაში. ასეთ დროს ანაზღაურების მოცულობა მეტწილად დამოკიდებულია იმაზე, ზიანი რომელმაც მხარემ გამოიწვია. აღნიშნული ჩანაწერი გაზიარებულია სამედიცინო სამართალშიც. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტების თანახმად, სამედიცინო პერსონალისთვის პასუხისმგებლობის დაკისრების დროს უნდა გამოირიცხოს, დაზარალებულის მიერ მოქმედების განხორციელებამ შეუწყო თუ არა ხელი ზიანის წარმოშობას<sup>126</sup>.

### დასკვნა

ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში ხელშეკრულებაში მინიმუმ ორი მხარე გვევლინება - ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების გამწვევი და პაციენტი (იგივე მომხმარებელი). ამ ორ მხარეს შორის არსებულ ურთიერთობას ზოგადი საკანონმდებლო ჩარჩოს გარდა აწესრიგებს როგორც კერძო სამართლის

<sup>120</sup> თბილისის საქალაქო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა კოლეგიის 12.03.2018 წლის გადაწყვეტილება №213-14.

<sup>121</sup> Griffiths D., Mullock A., - *Cosmetic Surgery: Regulatory Challenges in a Global Beauty Market*, Springer Publishing, 2017, P. 225.

<sup>122</sup> იქვე.

<sup>123</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის განჩინება №ას-1800-2019, 2020 წლის 20 თებერვალი.

<sup>124</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-247-237-2013, 2013 წლის პირველი ივლისი.

<sup>125</sup> საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის გადაწყვეტილება №ას-260-244-2011, 2011 წლის 27 ივნისი.

<sup>126</sup> იქვე.

(კეთილსინდისიერების პრინციპი, ნდობის და სამართლიანობის პრინციპები, ხელშეკრულების თავისუფლების პრინციპი), ისე სამედიცინო სამართლის (სარგებლიანობის, ავტონომიის, სამართლიანობის და „არ ავნო“ პრინციპები) პრინციპები, რომლებიც შესასრულებლად სავალდებულოა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პრინციპებს შორის კოლიზიასთან გვაქვს საქმე. ასეთ დროს, რა თქმა უნდა, პაციენტის საუკეთესო ინტერესები უნდა მოვიშველიოთ. სამედიცინო სამართლის თაობაზე დავის შემთხვევაში, სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობის დასაკისრებლად ოთხ კომპონენტს უნდა მიეცეს ყურადღება, ესენია: მართლწინააღმდეგობა, ზიანი, მიზეზობრივი კავშირი და ბრალი. სწორედ მათი ერთობლივად გამოკვეთა (მართლსაწინააღმდეგო ქმედება, ამ ქმედებისგან დამდგარი ზიანი, ქმედებასა და ზიანს შორის არსებული მიზეზობრივი კავშირი და სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალი) გახდება სამედიცინო მომსახურების გამწვევისათვის როგორც ქონებრივი, ისე არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების დაკისრების საფუძველი. ამ დროს კი უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება, საქმე გვაქვს თუ არა საექიმო შეცდომასთან. სწორედ აღნიშნულია პასუხისმგებლობის დაკისრების წინაპირობა. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო სამართლის დანაწესებიდან გადახვევა (და შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის სამოქალაქო-სამართლებრივი პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლება) მხოლოდ კანონით გათვალისწინებულ შემთხვევებშია შესაძლებელი.

პრობლემურია საკითხი, როდესაც გარდაცვლილის ნათესავი ითხოვს არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურებას. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო თავისი პრაქტიკის ფარგლებში აშკარად აკისრებს ქვეყნებს სიცოცხლის უფლების დარღვევისათვის არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების ვალდებულებას. ამას-

თანავე, ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოს პირის უმნიშვნელოვანეს უფლებად მიაჩნია არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების უფლება.

გარდა სახელშეკრულებო ურთიერთობის მომწესრიგებელი ნორმებისა, სპეციფიკური კანონმდებლობაც გამოიყენება სამედიცინო დავებისა და ურთიერთობების მოსაწესრიგებლად. თუმცაღა, არსებობს საჭიროება იმისა, რომ დამატებით იყოს შემუშავებული შესაბამისი საკანონმდებლო აქტები ესთეტიკური მედიცინის მიმართულებით. ვინაიდან, სწორედ ზოგად დანაწესებსა და პრინციპებს ვიყენებთ სამოქალაქო კოდექსიდან თუ სამედიცინო სამართალში არსებული საკანონმდებლო აქტებიდან, საჭიროა, უფრო სპეციალური ნორმატიული მოწესრიგების არსებობა (მაგალითად, ცალკე საქართველოს კანონი, სადაც გაწერილი იქნება სამედიცინო სტანდარტები ამ სფეროსთვის, ამასთანავე, პაციენტისა და სამედიცინო მომსახურების გამწვევის უფლებები და ვალდებულებები, მხარეთა პასუხისმგებლობა ბრალეული ქმედების განხორციელების შემთხვევაში, პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლების საფუძველები და ა.შ.), ვინაიდან, ესთეტიკური სამედიცინო მომსახურების მიმღების (პაციენტის) უფლებები კიდევ მეტად იყოს დაცული. რადგანაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, იგი ასეთ სახელშეკრულებო ურთიერთობაში სუსტ მხარეს წარმოადგენს. გარდა საკანონმდებლო მოწესრიგებისა, აუცილებელია, სასამართლო პრაქტიკის ფარგლებში განმარტებებიც გვქონდეს, რათა შეავსოს და მოაწესრიგოს ურთიერთობები, როცა კანონში ბზარი იქნება. წინამდებარე ნაშრომში პრაქტიკული მაგალითებით ნაჩვენებია, როგორ შეიძლება მოწესრიგდეს ესა თუ ის შემთხვევა, არსებული რეალობიდან გამომდინარე. კერძოდ, ნორმატიული აქტების, იურიდიული ლიტერატურისა და სასამართლო პრაქტიკის ანალიზის საფუძველზე.



# პაციენტის პირადი ცხოვრების დაცვის გარანტიები – კონფი-დენციალურობის ვალდებულება (ქართული და საერთაშორისო გამოცდილება)

დავით ქანთარია

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დოქტორანტი

## შესავალი

21-ე საუკუნეში, ციფრული ტექნოლოგიების განვითარების კვალდაკვალ, ადამიანის პერსონალური მონაცემები ხშირად საკმაოდ მოწყვლადია. ამ დროს პირების თავს უსაფრთხოდ ნამდვილად ვერ გრძნობენ. უსაფრთხოება კი მეტად მნიშვნელოვანია. აბრაამ მასლოუს მიერ შექმნილი მოთხოვნილებების პირამიდაში უსაფრთხოება ფიზიოლოგიური საჭიროებების შემდეგ მეორე ადგილს იკავებს<sup>1</sup>.

თანამედროვე ეპოქაში თითოეული ჩვენგანის შესახებ საკმაოდ ვრცელი ინფორმაცია ბაზირებული საჯარო და კერძო დაწესებულებებში, ასევე, სოციალურ ქსელებსა და სხვა მსგავს გაერთიანებებში. ამიტომაც თავს იჩენს საკითხი, რამდენადაა გრანტირებული კონფიდენციალურობა ამგვარ დაწესებულებებში. წინამდებარე ნაშრომში მიმოვიხილავთ, თუ როგორაა გარანტირებული პაციენტის შესახებ პერსონალური მონაცემების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებში.

პაციენტი, თავისი ფიზიოლოგიური მდგომარეობიდან გამომდინარე, დაუცველია და, პირველ რიგში, იმაზე ფიქრობს, რომ დაუბრუნდეს თავის ონტოლოგიურ მდგომარეობას და ამ დროს საკუთარ პერსონალურ მონაცემებზე ნაკლებად ფიქრობს. შესაძლებელია ნებისმიერი ჩვენგანი ნებისმიერ დროს გახდეს პაციენტი,

ამისაგან დაზღვეული აბსოლუტურად არავინ არაა. რასაკვირველია, არავის სურს, რომ სამედიცინო დაწესებულების ვიზიტორი გახდეს, მაგრამ ეს დამოკიდებულია გარე ფაქტორებზე და არა კონკრეტული ადამიანის სუბიექტურ ნებაზე.

მონაცემთა დამმუშავებელი ორგანიზაციები ვალდებული არიან, მათ მიერ მოპოვებული მონაცემების უსაფრთხოება უზრუნველყონ. უსაფრთხოების ზომები დამოკიდებულია მონაცემების მოცულობაზე, შინაარსზე და მათ დაკარგვასთან ან მათზე უკანონო წვდომასთან დაკავშირებულ პოტენციურ რისკებზე. მონაცემების სპეციფიკისა და სენსიტიურობის გამო სამედიცინო დაწესებულებებში (მათ შორის – ესთეტიკური მედიცინის ცენტრებში, სტომატოლოგიურ კლინიკებსა და ყველა იმ ორგანიზაციაში, რომლებიც, თავიანთი საქმიანობის პროცესში, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას ამუშავებენ) უსაფრთხოების ზომებს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა ექცეოდეს.

პერსონალური მონაცემების დაცვის კუთხით საქართველოში პროგრესი აშკარაა. მიღებულ იქნა „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი, შეიქმნა პერსონალურ მონაცემთა დაცვის ინსპექტორის აპარატი – პერსონალური მონაცემების დამუშავების კანონიერებაზე ზედამხედველობის განმახორციელებელი ორგანო. აპარატი ინტენსიურად

<sup>1</sup> <https://www.civiceducation.ge/ka/lessons/4-40>

მუშაობს კერძო თუ საჯარო ორგანიზაციებსა და მოქალაქეებთან მათი ცნობიერების ამაღლებისა და სწორი პრაქტიკის დამკვიდრების მიზნით. მაგრამ ისიც უნდა ვაღიაროთ, რომ კვლავაც არაერთი ხარვეზი შეინიშნება. მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულებები ხშირად ასაჯაროებენ და პაციენტის თანხმობის გარეშე მესამე პირებს გადასცემენ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მონაცემებს; ხშირია პაციენტის მონაცემებზე იმ პირთა წვდომა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებაში არ მონაწილეობენ და სხვა. არასწორია მკურნალ ექიმთან ვიზიტზე ჩაწერილი პაციენტების სახელებისა და გვარების განთავსებაც სამედიცინო დაწესებულების ფოიეში ან ექიმის კაბინეტის კარზე.

## 1. „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი, როგორც პერსონალური მონაცემების დაცვის გარანტია

„პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით დადგენილი ზოგადი წესის თანახმად, ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული მონაცემების დამუშავება აკრძალულია, თუმცა აქვე გათვალისწინებულია გამონაკლისი შემთხვევები. პაციენტის მონაცემთა დამუშავების მიზანი უნდა იყოს მკაფიო, კონკრეტული და წინასწარ განსაზღვრული<sup>2</sup>. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში უნდა შეფასდეს, არის თუ არა დასამუშავებელი მონაცემების მოცულობა ამ მიზნის ადეკვატური და პროპორციული, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ამ მონაცემებს უმჯდევინებენ მესამე პირს (თუნდაც ოჯახის წევრს). განსაკუთრებულ სიფრთხილეს მოითხოვს ისეთი მონაცემების გამჟღავნება, რომლებიც უკავშირდება სქესობრივ ცხოვრებას, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას.

სამედიცინო დაწესებულების ნებისმიერი თანამშრომელი, რომელიც მონაცემთა დამუშავებაში მონაწილეობს, ვალდებულია, არ გასც-

დეს მისთვის მინიჭებული უფლებამოსილების ფარგლებს და დაიცვას მონაცემთა საიდუმლო, არა მხოლოდ ამ დაწესებულებაში მუშაობისას, არამედ სამსახურებრივი უფლებამოსილების შეწყვეტის შემდეგაც.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი მოითხოვს, სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელმა დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო<sup>3</sup>. „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონი ავალდებულებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმხორციელებელ სუბიექტს, დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობა<sup>4</sup>.

„პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლით დადგენილია მონაცემთა დამუშავების ვალდებულება, მიიღოს ისეთი ორგანიზაციული და ტექნიკური ზომები, რომლებიც უზრუნველყოფს მონაცემთა დაცვას შემთხვევითი ან უკანონო გამჟღავნების, მოპოვებისა თუ ნებისმიერი სხვა ფორმით უკანონო გამოყენებისგან. მონაცემთა უსაფრთხოებისათვის მიღებული ზომები მონაცემთა დამუშავებასთან დაკავშირებული რისკების ადეკვატური უნდა იყოს<sup>5</sup>.

## 2. პერსონალური მონაცემების დამუშავების საფუძვლები

„პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლით დადგენილია, რომ განსაკუთრებული კატეგორიის პერსონალური მონაცემების (რომელიც მოიცავს ასევე ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას) დამუშავება დასაშვებია მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში. მაგალითად, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მონაცემების დამუშავება დასაშვებია მონაცემთა სუბიექტის წერილობითი თანხმობის არ-

<sup>2</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1561437?publication=24>

<sup>3</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=47>

<sup>4</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/15334?publication=24>

<sup>5</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1561437?publication=24> პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი, მ. 17.

სებობისას, სუბიექტის ან მესამე პირის სასიცოცხლო ინტერესების დასაცავად (თუ მონაცემთა სუბიექტს ფიზიკურად ან სამართლებრივად არ აქვს უნარი განაცხადოს თანხმობა), ასევე, როდესაც მონაცემები მუშავდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის, ჯანდაცვის პერსონალის მიერ ფიზიკური პირის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით, აგრეთვე, თუ ეს აუცილებელია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვისათვის ან ფუნქციონირებისათვის<sup>6</sup>.

პერსონალური მონაცემების დამუშავებისას იმისათვის, რომ მონაცემთა სუბიექტის თანხმობა იყოს მისი პერსონალური მონაცემების დამუშავების საფუძველი, უნდა გვქონდეს მისი წინასწარი წერილობითი თანხმობა. ეს თანხმობა უნდა მომდინარეობდეს პირის თავისუფალი ნებითი და ხელმოწერით უნდა იქნეს დადასტურებული. ასევე მონაცემთა სუბიექტი უნდა იყოს ინფორმირებული, თუ რა მოცულობით და რომელი საშუალებების გამოყენებით მუშავდება მისი პერსონალური მონაცემები. მიზანშეწონილია მონაცემთა დამუშავებელმა შეიმუშავოს წერილობითი თანხმობის სტანდარტული ფორმა, რომელზე ხელის მოწერითაც პაციენტს შეეძლება თანხმობა განაცხადოს მისი მონაცემების, ამავე წერილობით დოკუმენტში მითითებული კონკრეტული, კანონიერი მიზნით დამუშავებაზე. ასევე, მნიშვნელოვანია თანხმობის ტექსტი იყოს მარტივად გასაგები და დოკუმენტი შეიცავდეს თარიღს, როდესაც გაიცა შესაბამისი თანხმობა.

შესაძლებელია, პრაქტიკაში დადგეს ისეთი შემთხვევა, როდესაც პირს არ შეუძლია, თავისი ფიზიოლოგიური მდგომარეობიდან გამომდინარე, გასცეს თანხმობა საკუთარი პერსონალური მონაცემების დამუშავების თაობაზე. ასეთ შემთხვევაში შემოდის პერსონალური მონაცემების დამუშავების კიდევ ერთი საფუძველი - ესაა სუბიექტის ან მესამე პირის სასიცოცხლო ინტერესების დაცვა. ეს ერთგვარად კუმულაციური

საფუძველია, რომელიც ერთდროულად ორ წინაპირობას გულისხმობს: 1) პირს ობიექტურად არ უნდა შეეძლოს თანხმობის გამოხატვა და 2) უნდა გვქონდეს რეალური და იმწუთიერი საფრთხე სიცოცხლის მოსპობისა. ეს შესაძლებელია ეხებოდეს კომპიუტერულ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს, ან ისეთ პაციენტს, რომელიც ავარიაში მოყვა და გონება აქვს დაკარგული.

პაციენტის არასრულწლოვნების შემთხვევაში, მართალია, ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი უფლებამოსილია ინფორმაცია მიიღოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, თუმცა არსებობს გამონაკლისი. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუ მისი მიწოდების წინააღმდეგია: ქმედუნარიანი არასრულწლოვანი ან შეზღუდულად ქმედუნარიანი 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც, სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით, სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით<sup>7</sup>.

მონაცემების დამუშავების საფუძველია ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა. ეს ნამდვილად არის ის ლეგიტიმური საჯარო მიზანი, რომელიც თანაზომიერს გახდიდა პაციენტის პირად ცხოვრებაში ჩარევას, რადგანაც ამ დროს პირის უფლებები არსებითად იზღუდება და არც მისი აბსოლუტური უფლებები ილახება.

შესაძლებელია, პერსონალური მონაცემები დამუშავდეს ოპერატიულ-საგამოძიებო საქმიანობის განხორციელების ფარგლებში. ამ დროს საჭიროა სასამართლოს დადგენილება ან მოტივირებული შუამდგომლობა. ეს რეგულირებუ-

<sup>6</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1561437?publication=24> პერსონალური მონაცემთა დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი, მ. 6.

<sup>7</sup> გაბუნია ა., სამედიცინო დაწესებულების მიერ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მონაცემების

დამუშავება პაციენტის უფლებებთან მიმართებით, J&T Consulting-ის სასწავლო ცენტრი, პერსონალური მონაცემთა დაცვის თავისებურებები (სტატიათა კრებული), თბ. 2020, გვ. 13.

ლია „ოპერატიულ-სამძებრო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონით<sup>8</sup>.

### 3. მედია და პაციენტის პერსონალური მონაცემები

ხშირად ჯანდაცვის პერსონალი მედიასაშუალებებში ღიად საუბრობს სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

„პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი მართალია არ ვრცელდება მედიასაშუალებების მიერ საზოგადოების ინფორმირების მიზნით მონაცემთა დამუშავებაზე, თუმცა, „ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“ ინფორმაციის გამჟღავნების ნაწილში კანონი სრულად ვრცელდება ჯანდაცვის პერსონალზე. მაგალითად, თუკი ჯანდაცვის პერსონალი მედიას მიაწვდის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციას, რომელიც მისთვის ცნობილი გახდა პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, მასზე გავრცელდება კანონის მოქმედება<sup>9</sup>.

ზოგიერთ შემთხვევაში ჯანდაცვის პერსონალის მიერ პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ზოგადი ინფორმაციის მიწოდება გამართლებულია საზოგადოებრივი ინტერესიდან გამომდინარე. მაგალითად, სახელმწიფო-პოლიტიკური თანამდებობის პირის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა ავტოსაგზაო შემთხვევის შემდგომ შესაძლოა საჯარო ინტერესის საგანს წარმოადგენდეს. თუმცა, როგორც წესი, ვერ იქნება გამართლებული პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ იმგვარი დეტალების დაკონკრეტება, როგორებიცაა კონკრეტული ჩივილები, სიმპტომები, გაწეული მკურნალობა და სხვა.

ასევე საინტერესოა ვიდეომონიტორინგის შედეგად მოპოვებული ინფორმაციის გამჟღავნების საკითხი, მათ შორის მედიაშიც. ზოგადად

ვიციტ, რომ ვიდეოთვალთვალი დასაშვებია მხოლოდ პირის უსაფრთხოების, საკუთრებისა და საიდუმლოს დაცვის მიზნით და უნდა იყოს მკაფიო მითითება ვიდეომონიტორინგის მიმდინარეობის შესახებ. ასევე განსაზღვრულია ის ადგილები, სადაც დაუშვებელია ვიდეომონიტორინგის განხორციელება. ამგვარი ქმედება აკრძალულია გამოსაცვლელ ოთახებში, ასევე პირადი ჰიგიენის ადგილებში.

პერსონალურ მონაცემთა დაცვის ინსპექტორმა გამოავლინა ფაქტი, როდესაც ვიდეოთვალთვალი მიმდინარეობდა პაციენტის გასინჯვის ოთახში, რაც წარმოადგენს პირად ცხოვრებაში ჩარევის რადიკალურ ფორმას, რა დროსაც აუცილებელია მონაცემთა დამუშავებელმა გააანალიზოს არსებული საფრთხე და დაასაბუთოს ვიდეოთვალთვალის სისტემის გამოყენების აუცილებლობა. შესაბამისი საჭიროების არარსებობის შემთხვევაში, ვიდეოთვალთვალის დაუშვებელია<sup>10</sup>.

ამასთან, გამომდინარე იქიდან, რომ ვიდეოჩანაწერები შესაძლოა შეიცავდეს, მათ შორის, ინფორმაციას პირის მიერ სამედიცინო დაწესებულებისთვის მიმართვის შესახებ (რაც ასევე წარმოადგენს პირის პერსონალურ მონაცემებს), მნიშვნელოვანია ამგვარი ჩანაწერების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. მონაცემთა უკანონო ან შემთხვევითი გამჟღავნების, ან ნებისმიერი სხვა ფორმით გამოყენების თავიდან აცილების მიზნით, ასევე მონაცემებზე არავტორიზებული წვდომის პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია, დაწესებულებამ წერილობით განსაზღვროს ვიდეოსათვალთვალო სისტემაზე წვდომის უფლებამოსილების საკითხები<sup>11</sup>.

აქედან გამომდინარე, რაც არ უნდა მაღალ საჯარო ინტერესს იწვევდეს ესა თუ ის პირი, არ შეიძლება მედიასაშუალებებში ვრცელდებოდეს მისი პერსონალური მონაცემები პაციენტის წინასწარ გაცხადებული თანხმობის

<sup>8</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/18472?publication=52>

<sup>9</sup> რეკომენდაცია ჯანდაცვის სფეროში პერსონალური მონაცემების დამუშავების შესახებ, UNDP, 2018, გვ. 29.

<sup>10</sup> ანგარიში პერსონალურ მონაცემთა დაცვის მდგომარეობის და ინსპექტორის საქმიანობის შესახებ,

2017, გვ. 65 ხელმისაწვდომია საიტზე: <https://personaldata.ge/ka>

<sup>11</sup> რეკომენდაცია ჯანდაცვის სფეროში პერსონალური მონაცემების დამუშავების შესახებ, UNDP, 2018, გვ. 29.

გარეშე. არ არსებობს არც ერთი ლეგიტიმური საჯარო მიზანი, რომელიც ლეგიტიმურს გახდიდა პაციენტის პირად ცხოვრებაში ასე უხეშად ჩარევას. მედიასაშუალებებს მართებთ პატივი სცენ პაციენტის პირად ცხოვრებას და მაღალი რეიტინგის ან სხვა რაიმე მოტივის გამო პაციენტის უფლებები არ უნდა შეილახოს არსებითად.

#### 4. პერსონალური მონაცემების დაცვა და გამოხატვის თავისუფლება

ხშირად, როდესაც მაღალი საზოგადოებრივი ინტერესი არსებობს, მედიასაშუალებები ცდილობენ მოიპოვონ პაციენტების შესახებ პირადი ხასიათის ინფორმაცია და მაღალი რეიტინგის მისაღებად აქვეყნებენ კიდეც. ამასთან, ისინი აპელირებენ გამოხატვის თავისუფლებაზე და აცხადებენ, რომ ისინი ამ უფლების ჭრილში მოქმედებენ. საინტერესოა, თუ როგორი მიმართება არსებობს ამ საკითხთან დაკავშირებით ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრაქტიკაში და როგორ მიემართება ეს ორი უფლება ერთმანეთს.

საქმეში *Biriuk v. Lithuania* განმცხადებელი ევროსასამართლოში დავობდა, რომ ლიეტუვამ ვერ შეძლო მასზე დაკისრებული მოვალეობების შესრულება პირადი ცხოვრების დაცვის კუთხით: ერთ-ერთი მსხვილი გაზეთის მიერ განმცხადებლის უფლების მძიმე დარღვევის მიუხედავად, მას ეროვნულმა სასამართლოებმა მიზერული ფულადი კომპენსაცია განუსაზღვრეს. ზიანის შეფასებისას ეროვნულმა სასამართლოებმა გამოიყენეს ეროვნული კანონმდებლობის დებულებები. აღნიშნული დებულებები საზოგადოების ინფორმირებას შეეხება და ადგენს კომპენსაციის დაბალ ზღვარს იმ არამატერიალური ზიანისთვის, რომელიც პირს მიაყენა მედიამ პირადი ცხოვრების ამსახველი ინფორმაციის უკანონო გავრცელებით. საქმე ეხებოდა ლიეტუვას ყველაზე მსხვილი ყოველდღიური გაზეთის მთავარ გვერდზე სტატიის გამოქვეყნებას, რომელშიც გაცხადებული იყო ინფორმა-

ცია განმცხადებლის აივ დადებით სტატუსზე. სტატია აკრიტიკებდა განმცხადებლის საქციელს და კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებდა მის მორალურ სტანდარტებს<sup>12</sup>.

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ განმარტა, რომ ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის თანახმად, პერსონალური მონაცემების, კერძოდ, სამედიცინო ჩანაწერების დაცვას ფუნდამენტური მნიშვნელობა ენიჭება. ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონფიდენციალურობა განსაკუთრებით საგულისხმოა, რადგან სამედიცინო მონაცემების (ამ შემთხვევაში, აივ დადებითი სტატუსის) გამჟღავნებამ შესაძლოა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს პიროვნების პირად და ოჯახურ ცხოვრებაზე, ასევე, დასაქმებასა და საზოგადოებაში ინტეგრირებაზე. სასამართლომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიანიჭა იმ ფაქტს, რომ გაზეთში გამოქვეყნებული სტატიის თანახმად, განმცხადებლის აივ დადებითი სტატუსის ინფორმაციის წყარო გახლდათ საავადმყოფოს სამედიცინო პერსონალი, რაც აშკარად არღვევდა სამედიცინო საიდუმლოების დაცვის ვალდებულებას. ამრიგად, განმცხადებლის პირადი ცხოვრების უფლებაში ჩარევა კანონიერი არ ყოფილა<sup>13</sup>.

სტატია გამოქვეყნდა პრესაში, გამოხატვის თავისუფლება კი კონვენციით დაცული ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა. თუმცა, სასამართლომ იმსჯელა, რამდენად ამართლებდა საჯარო ინტერესი ამ ინფორმაციის გამოქვეყნებას და დაადგინა, რომ გამოქვეყნების ძირითადი მიზანი გახლდათ გაზეთის გაყიდვების გაზრდა მკითხველის ცნობისმოყვარეობის დაკმაყოფილების ხარჯზე. ვინაიდან ეს იყო „პრესის თავისუფლების ბოროტად გამოყენების მძიმე შემთხვევა“, ზიანის ანაზღაურებაზე დაწესებული მკაცრი შეზღუდვები და არამატერიალური ეროვნული კანონმდებლობით დადგენილი მინიმალური ზღვარი ზიანის ასანაზღაურებლად ნიშნავდა, რომ ლიეტუვამ ვერ შეძლო საკუთრი პოზიტიური მოვალეობების შესრულება განმცხადებლის პირადი ცხოვრების უფლების დასაცა-

<sup>12</sup> ECtHR, *Biriuk v. Lithuania*, No. 23373/03, 2008 წლის 25 ნოემბერი.

<sup>13</sup> ECtHR, *Biriuk v. Lithuania*, No. 23373/03, 2008 წლის 25 ნოემბერი.

ვად. შესაბამისად, ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ საქმეში დაადგინა კონვენციის მე-8 მუხლის დარღვევა<sup>14</sup>.

თუმცა ასევე არსებობს ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოში ისეთი პრაქტიკაც, როდესაც პირის ჯანმრთელობის შესახებ მესამე პირისათვის ინფორმაციის მოწოდება არ ჩათვლიდა პერსონალური მონაცემების დაცვის ვალდებულების დარღვევად. საქმეში *Y v. Turkey* განმცხადებელს ჰქონდა აივ დადებითი სტატუსი. ვინაიდან საავადმყოფოში მიყვანილს იგი უგონოდ იყო, კლინიკის პერსონალს სასწრაფო დახმარების ექიმებმა დაუდასტურეს პაციენტის აივ დადებითი სტატუსი. განმცხადებელი ECtHR-ის წინაშე აცხადებდა, რომ ამ ინფორმაციის გამჟღავნებით დაირღვა მისი პირადი ცხოვრების პატივისცემის უფლება. თუმცა, საავადმყოფოს პერსონალის უსაფრთხოების დაცვის საჭიროების გათვალისწინებით, სასამართლომ ამ ინფორმაციის გაზიარება განმცხადებლის უფლებების დარღვევად არ მიიჩნია<sup>15</sup>.

### 5. სამედიცინო დაწესებულებებში პერსონალური მონაცემების დაცვის საკითხი პერსონალური მონაცემების დაცვის ინსპექტორის ანგარიშში

ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია საერთაშორისო და ეროვნული კანონმდებლობის საფუძველზე განსაკუთრებული კატეგორიის მონაცემად არის მიჩნეული და მის დასაცავად უფრო მაღალი სტანდარტი მოქმედებს. ჯანდაცვის სფეროში დამუშავებული მონაცემები, მაგალითად, სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში ექიმისთვის გამჟღავნებული ინფორმაცია, შესაძლოა, შეიცავდეს ისეთ მონაცემებს, როგორებიცაა: წარსულში გადატანილი დაავადებები, გენეტიკური მონაცემები, ინტიმური საკითხები და სხვა. მათმა უკანონო გამჟღავნებამ შესაძლოა გა-

მოიწვიოს პირის ღირსების შელახვა, სტიგმატიზაცია თუ დისკრიმინაციული მოპყრობა.

პერსონალური მონაცემების დაცვა მხოლოდ პაციენტის ინტერესს არ წარმოადგენს. თუ მოქალაქეს არ აქვს განცდა, რომ მისი მონაცემების კონფიდენციალურობა დაცული იქნება, შესაძლოა, თავი შეიკავოს მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მიწოდებისგან, ეს კი სწორი დიაგნოზის დასმას, შესაბამის მკურნალობასა და ჯანდაცვის სისტემის მართვას შეუშლის ხელს. შესაბამისად, ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული მონაცემთა დაცვის მაღალი სტანდარტი ჯანდაცვის სისტემისთვისაც არსებითად მნიშვნელოვანია.

აქედან გამომდინარე, პერსონალური მონაცემების დაცვის ინსპექციამ, როგორც სახეიამხედველო ორგანომ, რამდენიმე დაწესებულების შემოწმების შემდეგ რამდენიმე არსებითი ხასიათის მქონე სამართალდარღვევა გამოავლინა:

- 2017 წელს ერთ-ერთი სამედიცინო დაწესებულების შემოწმებისას დადგინდა, რომ ორგანიზაცია აწარმოებდა ჟურნალს, სადაც აღირიცხებოდა ინფორმაცია პაციენტის ლაბორატორიული გამოკვლევების შესახებ. თუმცა „ლაბორატორიული გამოკვლევების“ ჟურნალში და არც სხვა ფორმით, კლინიკა არ აღირიცხავდა, თუ რომელი მონაცემი ვისთვის, როდის და რა სამართლებრივი საფუძვლით იქნა გამჟღავნებული<sup>16</sup>.
- საანგარიშო პერიოდში პერსონალურ მონაცემთა დაცვის ინსპექტორს განცხადებით მომართა პირმა, რომლისთვისაც ცნობილი გახდა, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული დოკუმენტაცია ერთ-ერთი სამედიცინო დაწესებულებისგან მისმა ყოფილმა მეუღლემ მოიპოვა და მის წინააღმდეგ მტკიცებულების სახით სასამართლო დავაში გამოიყენა. შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ განმცხადებლის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი დოკუმე-

<sup>14</sup> ECtHR, *Biriuk v. Lithuania*, No. 23373/03, 2008 წლის 25 ნოემბერი.

<sup>15</sup> ECtHR, *Y v. Turkey*, No. 648/10, 2015 წლის 17 თებერვალი.

<sup>16</sup> ანგარიში პერსონალურ მონაცემთა დაცვის მდგომარეობის და ინსპექტორის საქმიანობის შესახებ, 2017, გვ. 73 ხელმისაწვდომია საიტზე: <https://personaldata.ge/ka>

ნტაცია სამედიცინო დაწესებულებამ განმცხადებლის მეუღლეს პაციენტის თანხმობის გარეშე, მხოლოდ ჯვრისწერისა და პირადობის დამადასტურებელი მოწმობების საფუძველზე მიაწოდა. ასევე დადგინდა, რომ ოჯახის წევრის მოთხოვნის შემთხვევაში, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას დაწესებულება მხოლოდ ნათესაობის დამადასტურებელი დოკუმენტის საფუძველზე გასცემდა<sup>17</sup>.

- კიდევ ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში ინსპექტორის ინიციატივით ჩატარებული შემოწმების შედეგად გამოვლინდა გარდაცვლილი პაციენტის პერსონალური მონაცემების შემცველი ინფორმაციის დარღვევით დამუშავების ფაქტები. დადგინდა, რომ ორგანიზაცია გარდაცვლილი პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციას გადასცემდა პაციენტის თანხმობა იმ პირს, რომელთანაც „სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ“ სტანდარტული ხელშეკრულება იყო გაფორმებული. ხშირად მსგავსი სახის ხელშეკრულების გაფორმებისას პირი მხოლოდ ზეპირსიტყვიერად უდასტურებდა დაწესებულებას გარდაცვლილთან ნათესაური, ან/და სხვა ახლო კავშირის არსებობას. ასეთ შემთხვევაში ადარ მოწმდებოდა მითითებული კავშირის ნამდვილობა, რადგან ის მიიჩნეოდა სამედიცინო მომსახურების მონაწილე/პაციენტის თანხმობა პირად და დაწესებულება მისთვის პაციენტის შესახებ ნებისმიერი სამედიცინო დოკუმენტაციის გამჟღავნებასა და მიწოდებას დასაშვებად თვლიდა<sup>18</sup>.

ეს არის ის შემთხვევები, რომელთა დროსაც სამედიცინო დაწესებულება არსებითად არღვევდა პაციენტის პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობას და შესაბამისად უნდა იქნეს მთელი რიგი ღონისძიებები გატარებული, რათა მსგავსი შემთხვევები მაქსიმალურად შემცირდეს. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა უზრუნველყოს პერსონალური მონაცემების დამუშავების პროგრამის შექმნა, რომელშიც გაწე-

რილი იქნება ამ მონაცემების შენახვისა და დამუშავების საფუძვლები და ის ვადა, რა ვადითაც იქნება იგი დაცული. ასევე უნდა ხორციელდებოდეს ზედამხედველობა იმაზე, თუ რომელ თანამშრომელს აქვს წვდომა პაციენტების პერსონალურ მონაცემებზე. უნდა იქნეს აღრიცხული დეტალურად, თუ ვის და რომელი სამართლებრივი საფუძვლით მიეწოდა პაციენტის პირადი მონაცემები და შესაბამისი ბაზაც უნდა არსებობდეს. მაქსიმალურად უნდა შეიზღუდოს არაუფლებამოსილი პირებისთვის პერსონალური მონაცემების მიწოდება.

## დასკვნა

წინამდებარე ნაშრომში მეტ-ნაკლები სისავსით მიმოვიხილეთ, თუ რას წარმოადგენს პაციენტის პერსონალური მონაცემები და როგორი რეგულაცია არსებობს ამ კუთხით საქართველოში. იმისათვის, რომ სამედიცინო დაწესებულებებმა უზრუნველყონ კანონმდებლობით გაწერილი ყველა უფლების დაცვა, მნიშვნელოვანია მათ მიერვე შემუშავდეს საამისოდ განკუთვნილი, ეფექტური შიდა პოლიტიკა. სამედიცინო დაწესებულება, გარდა იმისა, რომ უნდა ბრუნავდეს პაციენტის ფიზიოლოგიურ სიჯანსაღეზე, ასევე იმასაც უნდა ცდილობდეს, რომ ამ მოწყვლადი ჯგუფის პერსონალური მონაცემები ჯეროვნად და კეთილსინდისიერად იქნეს დაცული. წინააღმდეგ შემთხვევაში შესაძლებელია შეილახოს პაციენტის ღირსება და ეს მოქალაქეს უკარგავს სამედიცინო დაწესებულებისადმი ნდობას.

ასევე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ქართული მედიცინის სისხლის სამართალშიც გარკვეულწილად განმტკიცებულია დუმილის ვალდებულება, რომლის დარღვევისთვის შესაძლებელია დადგეს სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა. ქართული სამართალი იცნობს იურიდიული პირის სისხლისსამართლებრივ პასუხისმგებლობასაც და შესაბამისი გარემოებების არსებობისას არ არის გამორიცხული, რომ

<sup>17</sup> ანგარიში პერსონალურ მონაცემთა დაცვის მდგომარეობის და ინსპექტორის საქმიანობის შესახებ,

2017, გვ. 7 ხელმისაწვდომია საიტზე: <https://personaldata.ge/ka>.

<sup>18</sup> იქვე.

მთლიანად კლინიკის პასუხისმგებლობის საკითხიც დადგეს.

ასევე მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელი უფრო მეტად იყოს ყურადღებიანი სამედიცინო კვლევების შესრულების დროს. მაგალითად, მან არ უნდა დატოვოს ყურადღების გარეშე პაციენტის მიერ ჩატარებული არც ერთი სამედიცინო კვლევის შედეგი, რადგანაც იგი მარტივად ხელმისაწვდომი შეიძლება აღმოჩნდეს მესამე პირისთვის, რომელიც არც პაციენტის უფლებამონაცვლელა და არც მისი მკურნალი ექიმი.

როგორც აღინიშნა, პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ კანონი არ ვრცელდება მედიასაშუალებების მიერ საზოგადოების ინფორმირების მიზნით დამუშავებაზე. ხშირია შემთხვევები, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებაში ხვდება ცნობადი სახე, ასეთ შემთხვევაში, ბუნებრივია, მაღალია საზოგადოებრივი ინტერესი პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ხსენებული ინტერესის დაცვის გამო, სამკურნალო ორგანიზაციებმა პროპორციულობის პრინციპის დაცვით უნდა მიაწოდონ მედია

საშუალებებს ინფორმაცია ან სხვა შემთხვევაში მოიპოვონ მონაცემთა სუბიექტის წერილობითი თანხმობა. შესაბამისად, ის ფაქტი, რომ პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ კანონის მოქმედება მედიასაშუალებებზე არ ვრცელდება, სამედიცინო დაწესებულებებისათვის არ უნდა იყოს შეცდომაში შემყვანი ინფორმაციის არამართლზომიერ ან მართლზომიერ, თუმცა არაპროპორციულად და არაადეკვატურად გასაჯაროებასთან მიმართებით.

მონაცემთა დაცვის თვალსაზრისით, საკმაოდ დიდი პრობლემაა ცნობიერების დაბალი დონე, კერძოდ, მონაცემთა სუბიექტები და განსაკუთრებით, დამმუშავებლები არ არიან სათანადო ფორმით ინფორმირებულნი პერსონალური მონაცემების დაცვის როგორც მნიშვნელობაზე, ასევე კანონით რეგულირებულ პრინციპებსა და დამუშავების საფუძვლებზე. ამ თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია, მოხილვადეს ტრენერთა ჯგუფები, რომლებიც პერიოდულ, ინფორმაციული ტიპის შეხვედრებს გამართავენ, პირველ რიგში, სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლებთან.