

ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი

ავტორების მიერ წინამდებარე კვლევაში გამოთქმული მოსაზრება არ
გამოხატავს ფონდის „ღია საზოგადოება-საქართველოს“ პოზიციას,
შესაბამისად ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

ავტორები:

არჩილ თალაკვაძე

საზოგადოების ჯანდაცვის პოლიტიკის ექსპერტი

თამარ გოცაძე

ჯანდაცვის ექსპერტი

ივანე ბოკერია

ბავშვთა ნევროლოგიის და ნეირორეაბილიტაციის ცენტრის ხარისხის დირექტორი

ნინო ბაქაქური

სამართლის ექსპერტი

ზვიად სხვიტარიძე

სამართლის ექსპერტი

დავით გზირიშვილი

პროექტის კონსულტანტი

პროექტის კოორდინატორი

ნინო კიკნაძე

დიზაინერი: თორნიკე ლორთქიფანიძე

ISBN: 978-9941-0-3956-0

სარჩევი

1 შესავალი	5
2 ნორმატიული აქტების აღწერა	8
3 მზადაა სამომავლოდ	21
3.1 ტერმინოლოგიური კაზუსები, შეუსატყვისობები და სხვა ტექნიკური ხარვეზები	21
4 სჭირდება გადაწყვეტა, შემდეგ მოქმედება	27
4.1 მცდარი სამედიცინო ქმედება	27
4.2 ინფორმაციის კონფიდენციალურობა	28
4.2.1 სამედიცინო ეთიკის კომისია	31
4.3 უწყვეტი პროფესიული განვითარება	34
4.3.1 პრობლემის არსი და მოკლე აღწერა	34
4.3.2 კანონი	35
4.4 პაციენტთა ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ	41
4.5 სამედიცინო მოწყობილობების უსაფრთხოება	44
4.5.1 კანონი	44
4.6 შესაძლებლობის შეზღუდვა, შეფასება, სტატუსის განსაზღვრა	60
4.6.1 საკანონმდებლო რეგულაცია, არსებული მოდელი და მეთოდოლოგია	60
4.6.2 რეკომენდაცია	61
5 სჭირდება დაფიქრება, მერა დანარჩენი	64
5.1 პაციენტის უსაფრთხოება (Patient Safety)	64
5.1.1 პრობლემის არსი და მოკლე აღწერა	64
5.1.2 კანონი	64
5.1.3 ანალიზი	65
5.1.4 ღონისძიებები პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში	66
5.1.5 რეკომენდაციები	69
5.2 მარგინალური ჯგუფების უფლებრივ-სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით	73
5.3 სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივ-სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოს კანონმდებლობისა და საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით	83
5.4 სამედიცინო ინსტიტუტების სტრუქტურებისა და რეზიდენტების სწავლებისა და პრაქტიკის იურიდიული ასპექტები	92
5.4.1 კანონი	92
5.4.2 ანალიზი	93
6 დისკუსია	95
6.1 ჯანდაცვის კანონმდებლობის უნიფიკაცია/კოდიფიკაცია	95

1. შესავალი

წინამდებარე ანალიტიკური დოკუმენტი არის ავტორთა მცდელობა, ერთი მხრივ დაინახონ ჯანდაცვის კანონმდებლობა, როგორც ჯანდაცვის სისტემაში წესრიგის არსებობის საფუძველი და, იმავდროულად, საკომუნიკაციო შრე მოქალაქეებსა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას შორის, მეორე მხრივ კი გასცენ პასუხი შეკითხვებს: რა ტექნიკური სამართლებრივი და შინაარსობრივი ხარვეზები აქვს არსებულ კანონმდებლობას? რამდენად თანხვედრაშია კანონმდებლობის ცალკეული ნაწილები ერთმანეთთან? შეესაბამება თუ არა ის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებულ ძირითად საერთაშორისო საკანონმდებლო სტანდარტებს? კვლევის ფარგლებში, ავტორები ასევე წარმოაჩინენ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებულ პრობლემებს, რომელიც თვალსაჩინოა კანონმდებლობის ანალიზისას, მაგრამ კომპლექსურია და სცდება საკანონმდებლო სივრცეს.

ანალიზის ფარგლებში ავტორები მუშაობდნენ სხვადასხვა კანონებზე და კანონქვემდებარე ნორმატიულ აქტებზე.

კანონებზე:

- პაციენტის უფლებების შესახებ;
- სისხლის და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ;
- ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
- საექიმო საქმიანობის შესახებ;
- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ;
- ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ;
- სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ;
- სისხლის სამართლის კოდექსზე ჯანდაცვის კუთხით;
- სამოქალაქო კოდექსზე ჯანდაცვის კუთხით;
- ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსზე ჯანდაცვის კუთხით;

საკანონმდებლო ანალიზისთვის ავტორთა ჯგუფმა აირჩია IRAC მეთოდოლოგია (Issue, Rule, Analysis, Conclusion). აღნიშნული მეთოდოლოგია საშუალებას იძლევა მოხდეს პრობლემების /საკითხების იდენტიფიცირება სხვადასხვა წყაროებიდან (ექსპერტები, სასამართლო პრაქტიკა, კვლევები, საჩივრები და სხვა), დანახულ იქნას ამ პრობლემის/საკითხის მარეგულირებელი ნორმები, შეფასდეს ამ რეგულირების ადეკვატურობა, სამართლიანობა და ეფექტურობა და მომზადდეს როგორც დასკვნები, ასევე რეკომენდაციები იმის შესახებ, თუ რამდენად საჭიროა სხვადასხვა საკანონმდებლო ნორმის მოდიფიცირება შემდგომში პრობლემის/საკითხის უკეთ რეგულირებისთვის.

კვლევის ფარგლებში შედგა სამი სამუშაო შეხვედრა, რომელშიც მონაწილეობდნენ ჯანდაცვის კანონმდებლობის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის, ბიოეთიკის, მედიის და სამედიცინო დაზღვევის სფეროს ექსპერტები. სამუშაო შეხვედრების ფარგლებში მკვლევართა ჯგუფი წარადგინდა და ექსპერტებთან ერთად განიხილავდა შესრულებულ სამუშაოს, ხოლო შენიშვნების, შეკითხვების და კომენტარების გათვალისწინება ხდებოდა სამუშაო პროცესის შემდგომ ეტაპებზე.

დოკუმენტის ავტორთა სურვილია წარმოდგენილი ანალიზი აკმაყოფილებდეს სამ ძირითად მოთხოვნას:

- 1 იყოს მიუკერძოებელი, ნეიტრალური და ობიექტური** (არ აფასებდეს ჯანდაცვის სფეროში გატარებულ და მიმდინარე რეფორმებს სოციოლოგიური თვალსაზრისით);
- 2 იყოს ფართო მოხმარებისთვის** (როგორც ექსპერტთა წრისა და კანონმდებელთათვის, ასევე სხვა დაინტერესებული პირებისთვის);
- 3 იძლეოდეს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებულ სხვა ანალიტიკურ დოკუმენტებთან დაკავშირების საშუალებას** (არ იკითხებოდეს პრეტენზია, რომ კვლევა ამომწურავია);

ანალიტიკური დოკუმენტის ავტორებს მიაჩნიათ, რომ კანონმდებლობა ცალკე აღებული ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიან ფუნქციონირებას, თუმცა ჯანდაცვის სისტემა გაუმართავი კანონმდებლობით შეუძლებელია იყოს ეფექტიანი.

ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვამ და სამართლებრივმა ანალიზმა აჩვენა, რომ:

- მთელი რიგი საკითხები განეკუთვნება იურიდიული ტექნიკის ხარვეზებს და მათი გამოსწორება არ საჭიროებს ჯანდაცვის საჯარო პოლიტიკის სფეროში დამატებით განხილვებს; შემოთავაზებული რეკომენდაციები საკმარისია, რომ განხორციელდეს ცვლილებები შესაბამის საკანონმდებლო აქტებში. ამ საკითხებს დაეთმო დოკუმენტის სამართლებრივი ანალიზის პირველი დონე – „მზადაა სამოქმედოდ.“
- არსებობს საკითხთა საკმაოდ დიდი ჯგუფი, რომელთა თაობაზე აუცილებელია ჯერ არჩევანი გაკეთდეს ჯანდაცვის საჯარო პოლიტიკის სივრცეში არჩევანი გაკეთდეს და მხოლოდ ამის შემდეგ მოხდეს საკანონმდებლო სივრცეში პოლიტიკის სფეროში მიღებული გადაწყვეტილების სათანადოდ ასახვა. შესამაბისად, სამართლებრივი ანალიზის რეკომენდაციები არ არის საკმარისი, პირდაპირ განხორციელდეს საკანონმდებლო ცვლილებები, თუმცა მკაფიოდ მიუთითებენ ამა თუ იმ პოლიტიკის გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ რომელი საკანონმდებლო ნორმის ცვლილება გახდება საჭირო (ამ გადაწყვეტილების შინაარსის შესამაბისად). საკითხთა ეს ჯგუფი განხილულია მეორე დონეზე – „სჭირდება გადაწყვეტა, მერე მოქმედება.“
- კვლევის ფარგლებში ასევე გამოიკვეთა რამდენიმე თემა, რომლის შესახებაც ჯანდაცვის საჯარო პოლიტიკის სივრცეში არ არის ერთაზროვანი მიდგომა. ეს საკითხები საჭიროებენ კონცეპ-

ტულურ გააზრებას, მიდგომების შეჯერებას და ამის შემდგომ პოლიტიკის გადანყვეტილების მიღებას, რომელიც მკაფიოდ გამოავლენს ჯანდაცვის სისტემის შესამაბისი კომპონენტის კონფიგურაციას. მხოლოდ ამის შემდეგ გახდება შესაძლებელი სამართლებრივი სივრცის შესამაბისობაში მოყვანა ჯანდაცვის სისტემის საჭიროებებთან. ამდენად, ამ საკითხებზე შემოთავაზებული მსჯელობა, ანალიზი და რეკომენდაციები ემსახურება თემების აქტუალიზაციას საჯარო პოლიტიკის სივრცეში და ავტორებს მიაჩნიათ, რომ საკანონმდებლო სივრცეში ცვლილებების განხორციელებამდე უფრო გძრელი გზა არის გასავლელი წინა თავში განხილულ საკითხებთან შედარებით. ამ თემებს დაეთმო ანგარიშის მესამე დონე – „სჭირდება დაფიქრება, მერე დანარჩენი.“

2. ნორმატიული აქტების აღწერა

ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები 2011 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით შემდეგნაირად გამოიყურება:

საკანონმდებლო აქტები:

- 1 „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 2 „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 3 „პაციენტის უფლებების შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 4 „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 5 „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 6 „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 7 „სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 8 „ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 9 „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ – საქართველოს კანონი
- 10 „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 11 „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 12 „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ – საქართველოს კანონი;
- 13 „სალიცენზიო და სანებართვო მოსაკრებლების შესახებ“ – საქართველოს კანონი.

კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები:

1. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1997 წლის 10 დეკემბერი

➤ შესაბამისი ნორმატიული აქტები

- საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 22 მაისის #119/ნ ბრძანება – „სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულების პასპორტის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 25 სექტემბერი #281/ნ ბრძანება – „დროებითი შრომისუნარობის ექსპერტიზის ჩატარების და საავადმყოფო ფურცლის გაცემის წესის შესახებ“;

- საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 19 ივნისი #142/ნ ბრძანება – „სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების წესის შესახებ“;
- სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარების წესი და სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესი – არ არის მიღებული (დაევალა საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის ვადაში აღნიშნული წესების შემუშავება და დამტკიცება ანუ 1998 წლის 10 ივნისამდე);
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 7 დეკემბრის №398/ნ ბრძანება – „ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმისა და წესის და რეესტრის წარმოების წესის დამტკიცების თაობაზე“
- საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის დადგენილება #359 – „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის ბრძანება #157/ნ – „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“.

2. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, 2007 წლის 27 ივნისი

➤ შესაბამისი ნორმატიული აქტები:

- საქართველოს მთავრობის 2008 წლის 21 მარტის #69 დადგენილება – „საგანგებო სიტუაციების მართვის სამთავრობო კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და სოფლის მეურნეობის მინისტრის 2008 წლის 16 თებერვლის N42/ნ-N2-22 ერთობლივი ბრძანება – „ზოონოზური დაავადებებისაგან მოსახლეობის დაცვის მიზნით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს შორის დაავადების გამოვლენის შემთხვევის შესახებ ურთიერთინფორმირების წესის დამტკიცების თაობაზე“ – გაუქმებულია 2010 წლის 23 თებერვლის საქართველოს მთავრობის #57 დადგენილებით;
- საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და სოფლის მეურნეობის მინისტრის 2010 წლის 16 თებერვლის # 41/ნ-N2-23 ერთობლივი ბრძანება – „სუსრსათით გამოწვეული დაავადებების კონტროლის მიზნით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს შო-

რის დაავადების გამოვლენის შემთხვევის შესახებ ურთიერთინფორმირებისა და ეპიდემიური აფეთქების სალიკვიდაციო ღონისძიებების გატარების კოორდინაციის წესები დამტკიცების შესახებ“;

- საქართველოს მთავრობის 2007 წლის 15 ნოემბრის #252 დადგენილება – „განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამომწვევთა აღმოჩენის, ეპიდზედამხედველობისა და რეაგირების ერთიანი ლაბორატორიული სისტემის საკოორდინაციო საბჭოს დებულების დამტკიცების შესახებ“;
- განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამომწვევების იმპორტისა და ექსპორტის წესები – არ არის მიღებული (აღნიშნულის მიღება დაევალა საქართველოს მთავრობას კანონის ამოქმედებიდან ერთი თვის ვადაში ანუ 2007 წლის 27 ივლისამდე);
- კანონი წყლის სააუზო მართვის შესახებ – არ არის მიღებული (დაევალა საქართველოს მთავრობას 2008 წლის 1 იანვრამდე მოემზადებინა და საქართველოს პარლამენტისათვის წარედგინა აღნიშნული კანონპროექტი);

3. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000 წლის 5 მაისი

➤ შესაბამისი ნორმატიული აქტები:

- კანონი არ ითვალისწინებს დამატებით არცერთი ნორმატიული აქტის მიღებას.

4. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 2001 წლის 8 ივნისი

➤ შესაბამისი ნორმატიული აქტები:

- 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“;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმებისა და პროფესიული რეაბილიტაციის წესები, აგრეთვე აკრედიტაციის წესი და კრიტერიუმები – არ არის მიღებული (დაევალა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს აღნიშნული წესების მიღება 2009 წლის 1 მარტამდე);
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის ბრძანება #135/ნ – „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომის შემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვის და შეფასების წესისა და იმ

სამედიცინო დაწესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა“;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 31 დეკემბრის ბრძანება #311/ნ – „დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლის დამადასტურებელი სახელმწიფო მოწმობის ფორმის, ერთიანი რეზიდენტურის და რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლებისათვის (პროფესიული მზადებისათვის) დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 31 დეკემბრის ბრძანება #312/ნ – „სუბსპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი საბუთის – სუბსპეციალობის მოწმობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 3 ნოემბრის ბრძანება #295/ნ – „ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის ჩატარების წესისა და პირობების და რეზიდენტურაში ჩარიცხვის წესის დამტკიცების შესახებ“;
- დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) პროგრამების აკრედიტაციის წესი და კრიტერიუმები – არ არის მიღებული (დაევალა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრსა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრს ერთობლივი ბრძანებით მიღება 2009 წლის 1 მარტამდე);
- საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის #385 დადგენილება სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულებების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულების დამტკიცების თაობაზე;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 16 ივლისის ბრძანება #244/ნ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ.

5. საქართველოს კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ, 2001 წლის 7 დეკემბერი

➤ **შესაბამისი ნორმატიული აქტები:**

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის ბრძანება #1/ნ – „შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის განსაზღვრის წესის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 17 მარტის ბრძანება #62/ნ – „შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვი“ დადგენის წესის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 2 აპრილის ბრძანება #108/ნ – „დაავადებების, ანატომიური და გონებრივი დეფექტების ნუსხის დამტკიცების თაობაზე, რომელთა არსებობის შემთხვევაში დასაშვებია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სპეციალურ ან ინდივიდუალურ პირობებში შრომა“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 თებერვლის ბრძანება #64/ნ – „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზისათვის საჭირო ფორმების დამტკიცების შესახებ“.

6. საქართველოს კანონი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ

➤ შესაბამისი ნორმატიული აქტები:

კანონი არ ითვალისწინებს დამატებით არცერთი ნორმატიული აქტის მიღებას, გარდა მთავრობის დავალდებულებისა ყველა კანონქვემდებარე აქტში სიტყვა „ინვალიდის“ სიტყვებით „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირით“ შეცვლის შესახებ.

7. საქართველოს კანონი სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ, 1995 წლის 21 მარტი

➤ შესაბამისი ნორმატიული აქტები:

- დონორობის სტიმულირების ღონისძიებათა შესახებ საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება – არ არის მიღებული (კანონით განსაზღვრულია მიღების ვადად არაუგვიანეს 2007 წლის 1 ივნისისა);
- სისხლის კომპონენტების, პრეპარატების, სისხლშემცვლელებისა და საკონსერვაციო ხსნარების ხარისხის სახელმწიფო კონტროლის წესის დამტკიცების შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება – არ არის მიღებული (კანონით განსაზღვრულია მიღების ვადა არაუგვიანეს 2007 წლის 1 ივნისისა);
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 სექტემბრის #282/ნ ბრძანება – „სისხლის გადასხმის დაწესებულებების ფუნქციონირებისათვის სავალდებულო ნორმატივების დამტკიცების შესახებ“;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 5 დეკემბრის #241/6 ბრძანება „სისხლის და მისი კომპონენტების დონორობის წინააღმდეგ ჩვენებების განსაზღვრის შესახებ“;
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 14 იანვრის #14/6 ბრძანება „სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დამზადების, შენახვისა და გამოყენების წესის დამტკიცების შესახებ“;
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 5 დეკემბრის #242/6 ბრძანება საქართველოში პათოლოგიურანატომიური სამსახურის შემდგომი გაუმჯობესების შესახებ
8. საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ, 2000 წლის 23 თებერვალი
- შესაბამისი ნორმატიული აქტები:
- საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 15 მარტის ბრძანებულება #100 – „ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმების და თავის ტვინის სიკვდილის კლინიკური დიაგნოზისა და პარაკლინიკური გამოკვლევის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“;
 - საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 23 მარტის ბრძანებულება #108 – „ადამიანის ორგანოთა ექსპორტი-იმპორტის წესის დამტკიცების შესახებ“;
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 29 ნოემბრის ბრძანება #419/6 – „ადამიანის ორგანოს კარანტინში მოთავსების აუცილებლობისა და ხანგრძლივობის, დონორთა შორის საშიში ინფექციების რისკის ჯგუფის განმსაზღვრელი კრიტერიუმების, დონორებისა და რეციპიენტების შერჩევისა და ტესტირების კრიტერიუმების, ადამიანის ორგანოთა მოძიების, აღების, შენახვისა და გადანერგვის სტანდარტების, ადამიანის ორგანოების ხარისხის კონტროლის სტანდარტების და ადამიანის ორგანოთა განადგურების წესის დამტკიცების შესახებ“;
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 25 დეკემბრის #277/6 ბრძანება – „ტრანსპლანტაციის საბჭოს შექმნის და ტრანსპლანტაციის საბჭოს, ტრანსპლანტაციის ბანკის, ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრის, პლაცენტისა და ჭიპლარის სისხლის ღეროვანი უჯრედების ბანკის შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“;
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2001 წლის 30-29 ნოემბრის ერთობლივი ბრძანება #463–N420/6

– „სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ ორგანოთა გადანერგვის თაობაზე გადაწყვეტილების გაფორმების წესის დამტკიცების შესახებ“;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 8 მაისის #110/ნ ბრძანება – „ჯვარედინი დონორობის პრინციპით ორგანოების აღებისა და გადანერგვის წესის შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 25 დეკემბრის #276/ნ ბრძანება „ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს დებულების დამტკიცების შესახებ“.

ჰოსპიტალური სექტორის მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები:

- საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 2 თებერვლის #29 დადგენილება „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის მომსახურების მინიმალური სტანდარტების დამტკიცების თაობაზე“;
- საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის #218 დადგენილება „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“.

დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) და უწყვეტი პროფესიული განვითარების, სერტიფიცირების სფეროში არსებული ნორმატიული აქტები:

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

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 3 ნოემბრის #295/ნ ბრძანება „ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო გამოცდის ჩატარების წესისა და პირობების და რეზიდენტურაში ჩარიცხვის წესის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის #135/ნ ბრძანება „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომისშემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვისა და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დაწესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა“;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 14 აპრილის №92/ნ ბრძანება „უმცროსი ექიმის სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე დაშვების წესის შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 15 მაისის №122/ნ ბრძანება „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 23 იანვრის №25/ნ ბრძანება „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადით გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 1 ნოემბრის №274/ნ ბრძანება „უწყვეტი პროფესიული განვითარების ცალკეული კომპონენტის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების გარეშე სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელებისათვის საჭირო უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების მინიჭების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 31 დეკემბრის №310/ნ ბრძანება „სახელმწიფო სერტიფიკატის ფორმის დამტკიცების შესახებ“;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 31 დეკემბრის №312/ნ ბრძანება „სუბსპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი საბუთის – სუბსპეციალობის მონმობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“

ფარმაცევტულ სფეროში არსებული რეგულაცია

- საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 14 ოქტომბრის N 176 დადგენილება

„ფარმაცოლოგიურ საშუალებათა კლინიკური კვლევის, ფარმაცევტული წარმოების, ავტორიზებული აფთიაქის, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ სამკურნალო საშუალებათა იმპორტის ან ექსპორტის ნებართვების გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულების დამტკიცების თაობაზე“

- საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 1 სექტემბრის N 153 დადგენილება – „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულების დამტკიცების თაობაზე“
- საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 22 ოქტომბერი N 188 დადგენილება – „სხვა ქვეყნების ან სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოების სიის განსაზღვრის შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 13 ოქტომბრის N 331/6 ბრძანება – „რეკლამისა და საცალო რეალიზაციის მიზნით პირველი და მესამე ჯგუფისათვის მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 20 ოქტომბრის N 338/6 ბრძანება – „ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორის მიერ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოსთვის საბითუმო და საცალო რეალიზაციის დაწყებისა და დასრულების შესახებ შეტყობინების ფორმისა და წესის დამტკიცების თაობაზე“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 23 ოქტომბერი N 344/6 ბრძანება – „საქართველოს ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი რეჟიმით დაშვებული ფარმაცევტული პროდუქტის შესაბამისი სხვა ქვეყნის ან სახელმწიფოთაშორისი ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოს მიერ მის კონტროლს დაქვემდებარებულ ბაზრებზე დაშვების ნამდვილობის ფაქტის გადამოწმების წესისა და პირობების დადგენის შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 53/6 2010 წლის 26 თებერვალი ქ. თბილისი – „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სადაზღვევო ვაუჩერის პირობებით გათვალისწინებული სამკურნალო საშუალებების ნუსხისა და ამ სამკურნალო საშუალებების ექიმის დანიშნულებით ბენეფიციარისათვის მიწოდების ფორმატის დამტკიცების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 325/6 – 2009 წლის 13 ოქტომბერი – „საქართველოს ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი და ეროვნული რეჟიმებით, ასევე საქართველოს ბაზარზე უკვე დაშვებული ფარმაცევტული პროდუქტის განსხვავებული შეფუთვა-მარკირებით პირველად შემოტანის შემთხვევაში ინსტრუქციის წარმოდგენის წესის დამტკიცების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 326/6 2009 წლის 13 ოქტომბერი – „საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონე, ფალსიფიცირებული, წუნდებული, გაუფარვისებული, ვადაგასული ფარმაცევტული პროდუქტის ამოღების/განადგურების წესების დამტკიცების შესახებ „

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 326/6 – 2009 წლის 13 ოქტომბერი ქ. თბილისი – „საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონე, ფალსიფიცირებული, წუნდებული, გაუფარგისებული, ვადაგასული ფარმაცევტული პროდუქტის ამოღების/განადგურების წესების დამტკიცების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N32/6 2006 წლის 3 თებერვალი ქ. თბილისი – „სამედიცინო საქმიანობის სალიცენზიო მონწილობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“
- სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული სამკურნალო საშუალებების ბრუნვის წესები:
 - საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანება N465/ო 1999 წლის 29 ნოემბერი – „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსანერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ“
 - საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტისა და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის ერთობლივი ბრძანება N 32/ო – N 102 – „ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 157/6 2008 წლის 10 ივლისი – „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეუკრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“
 - დიპლომისშემდგომი განათლება (პროფესიული მზადება) და უწყვეტი პროფესიული განვითარება, სერტიფიცირება – „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/6 ბრძანება; – „ერთიანი დიპლომისშემდგომი საკვალიფიკაციო მოცდის ჩატარების წესისა და პირობების და რეზიდენტურაში ჩარიცხვის წესის დამტკიცების შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 3 ნოემბრის №295/6 ბრძანება; – „რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომისშემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი წარმართვისა და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დანესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ, რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა“

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 8 აპრილის №135/6 ბრძანება; – „უმცროსი ექიმის სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდაზე დაშვების წესის შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 14 აპრილის №92/6 ბრძანება – „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან პროფესიული განვითარების საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 15 მაისის №122/6 ბრძანება – „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადით გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 23 იანვრის №25/6 ბრძანება; – „უწყვეტი პროფესიული განვითარების ცალკეული კომპონენტის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების ვარეშე სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელებისათვის საჭირო უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების მინიჭების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 1 ნოემბრის №274/6 ბრძანება; – „სახელმწიფო სერტიფიკატის ფორმის დამტკიცების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 31 დეკემბრის №310/6 ბრძანება – „სუბსპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი საბუთის – სუბსპეციალობის მოწმობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 31 დეკემბრის №312/6 ბრძანება.

პერსონალის რეგულირება

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 16 ივლისის №244/6 ბრძანება – „სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ“
- სამედიცინო დოკუმენტაციის და სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების წესები:
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 224/6 2006 წლის 22 აგვისტო – „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების, მათი წარმოებისა და შევსების წესის დამტკიცების შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 108/6 2009 წლის 19 მარტი – „სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 338/6 2007 წლის 9 აგვისტო – „ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის შევსების წესისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 54/6 2003 წლის 10 მარტი – „პროგნოზის დაბადების თაობაზე გასაცემი – დაბადების სამედიცინო ცნობის, გარდაცვალების თაობაზე – სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მონმობის ფორმების, მათი შევსებისა და გაცემის ინსტრუქციების დამტკიცების შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N198/6 2002 წლის 17 ივლისი – „სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ“
 - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N101/6 2005 წლის 5 აპრილი – „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“

პაციენტის უფლებები, ტრანსპლანტაციის, აივ ინფექცია/შიდსის, ბიოეთიკის, პათოლოგიურანატომიური სამსახურის, სისხლისა და სისხლის კომპონენტების, სისხლის გადასხმის დაწესებულებების საკითხები

საქართველოს ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს დებულება	საბჭოს დებულება დამტკიცებულია 2000 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ამავე წლის 25 დეკემბრის #276/ნ ბრძანებით და განახლებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 20 ნოემბრის #326/ნ ბრძანებით
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2005 წლის 29 აგვისტოს N224/ნ ბრძანება	„ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს დებულების დამტკიცების შესახებ“
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 25 დეკემბრის N276/ნ ბრძანებაში ცვლილებების შეტანისა და ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს შემადგენლობის დამტკიცების შესახებ“	
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 20 ნოემბრის N326/ნ ბრძანებაში ცვლილებების შეტანის თაობაზე	
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 25 აპრილის ბრძანება N140/ნ	„ტრანსპლანტაციის საბჭოს შექმნის და ტრანსპლანტაციის საბჭოს, ტრანსპლანტაციის ბანკის, ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრის შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 25 დეკემბრის N 277/ნ ბრძანებაში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის შესახებ	
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 5 დეკემბრის N 242/ნ ბრძანება	„საქართველოში პათოლოგიურანატომიური სამსახურის შემდგომი გაუმჯობესების შესახებ“
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 სექტემბრის N 282/ნ ბრძანება	„სისხლის გადასხმის დაწესებულებების ფუნქციონირებისათვის სავალდებულო ნორმატივების დამტკიცების შესახებ“
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 14 იანვრის N 14/ნ ბრძანება	„სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დამზადების, შენახვისა და გამოყენების წესის დამტკიცების შესახებ“
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 5 დეკემბრის N 241/ნ ბრძანება	„სისხლის და მისი კომპონენტების დონორობის წინააღმდეგ ჩვენებების განსაზღვრის შესახებ“

3. მზადაა სამოქმედოდ

3.1. ტერმინოლოგიური კაზუსები, შეუსატყვისოებები და სხვა ტექნიკური ხარვეზები

საქართველოს კანონების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ჯანმრთელობის დაცვის, საექიმო საქმიანობის და პაციენტის უფლებების შესახებ სმართლებრივი ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა სხვადასხვა სახის შემდეგი ტერმინოლოგიური პრობლემები:

- ტერმინოლოგიური კოლიზიები;
- ტერმინოლოგიური დუბლირებები;
- ტერმინოლოგიური გაუმართაობა იურიდიული ტექნიკის თვალსაზრისით.

ინფორმირებული თანხმობა

ზემოთ ჩამოთვლილი ხარვეზების პირველი ჯგუფის მაგალითს წარმოადგენს ტერმინი „ინფორმირებული თანხმობა“. კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, ინფორმირებული თანხმობა განმარტებულია, როგორც პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ.¹

თუმცა კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ ინფორმირებულ თანხმობად მიიჩნევს პაციენტის თანხმობას იმ შემთხვევაში, თუ მას მიეწოდა ინფორმაცია შემდეგ ზე:²

ბ.ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ;

ბ.ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ბ.გ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;

ბ.დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტებისა და ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

1 მუხლი 3, პუნქტი კ), საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1997.

2 მუხლი 4, პუნქტი ბ), საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.

ბ.ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ბ.ვ) „ბ.ა“-„ბ.ე“ ქვეპუნქტებში ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ;

ამ ორი სხვადასხვა დეფინიციის მიხედვით ირკვევა, რომ კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ ინფორმირებული თანხმობა შესაბამისობაში მოდის კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-4 მუხლით განსაზღვრული ინფორმირებული თანხმობის დეფინიციის მხოლოდ მცირე ნაწილთან და შინაარსობრივად მნიშვნელოვნად განსხვავდება.

ამ კონკრეტულ შემთხვევაში სახეზეა როგორც ტერმინოლოგიური კოლიზია, ასევე ტერმინოლოგიური დუბლირება, რადგან ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონში განმარტებული ინფორმირებული თანხმობა წარმოადგენს კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-4 მუხლით განსაზღვრული ინფორმირებული თანხმობის მხოლოდ ნაწილს.

პალიატიური მკურნალობა

ტერმინოლოგიური დუბლირების ნათელი მაგალითია ტერმინი „პალიატიური მკურნალობა“,³ რომელიც ამ შემთხვევაში მართალია იდენტურადაა განმარტებული, თუმცა მეორდება საქართველოს კანონებში პაციენტის უფლებების შესახებ და ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. ორივე კანონში „პალიატიური მკურნალობა“ განმარტებულია, როგორც – სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქება.

ტავტოლოგიის გამოსწორება შესაძლებელია ორი გზით: პირველის მიხედვით ერთ-ერთ კანონში ხდება მითითებითი ნორმით მეორე კანონში არსებულ დეფინიციის ბმა; მეორე, გაცილებით უკეთესი გზა იქნება ჯანდაცვის კანონმდებლობის უნიფიკაცია/კოდიფიკაცია ერთ სამართლებრივ აქტში – კოდექსში, რაზეც ამ ანგარიშში უფრო ვრცლად არის ნათქვამი.

პაციენტი

საქართველოს კანონებში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ სხვადასხვა სამართლებრივი მნიშვნელობა აქვს ტერმინის „პაციენტი“ დეფინიციებს. მაგალითისათვის, კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ, პაციენტი განმარტებულია, როგორც ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით. ხოლო კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შე-

3 მუხლი 3, ტ5) პუნქტი, საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1997; მუხლი 4, გ) პუნქტი, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.

სახებ კი პაციენტად მიიჩნევა არა ნემისმიერ პირს არამედ, მხოლოდ იმ პირს, რომელიც მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიუხედავად, სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით.

ამ შემთხვევაში პრობლემაა ის, რომ აღნიშნული ორი კანონი სრულიად განსხვავებულ სამართლებრივ რეგულირებას ახდენს პაციენტის სამართლებრივ ინსტიტუტზე, რაც რა თქმა უნდა აუცილებლად გამოსასწორებელია.

რეკომენდაცია: მოხდეს აღნიშნული ტერმინის დახვეწა, რადგან ერთი მხრივ პაციენტი არ შეიძლება იყოს ნებისმიერი პირი, არამედ პაციენტი კონკრეტული სამართლებრივი ურთიერთობების სუბიექტს წარმოადგენს, ხოლო მეორე მხრივ აუცილებელია სამართლებრივი ტექნიკის გამართულობის თვალსაზრისით მოხდეს დეფინიციის დაზუსტება და შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან სამართლებრივ ურთიერთობებში შესვლის ასახვა.

გენომი

საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ გამოყენებულია ტერმინი „გენომი“⁴ თუმცა არ არის მისი დეფინიცია. „გენომის“ დეფინიცია გვხვდება კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ,⁵ მაგრამ აქ წარმოიქმნება პრობლემა – რამდენად ადეკვატური და მისაღებია „პაციენტის უფლებების შესახებ კანონით „გენომის“ განმარტება ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის კონტექსტისათვის?! აღნიშნული ხარვეზი გამოსასწორებელია, კერძოდ: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში საჭიროა გაჩნდეს „გენომის“ განმარტება, რომელიც შესაბამისობაში უნდა იყოს სხვა კანონებში ამ ტერმინის განმარტებებთან, ან/და აღნიშნულ პრობლემას გამოასწორებს ჯანდაცვის კანონმდებლობის კოდიფიკაცია/უნიფიკაცია.

პაციენტის ნათესავი

ტერმინოლოგიური დუბლირების მორიგი მაგალითია ტერმინი „პაციენტის ნათესავი“, რომელიც განმარტებულია როგორც – პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში. აღნიშნული დეფინიცია სიტყვა-სიტყვით მეორდება კანონებში: „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“.

ზემოთ მოცემულ კონკრეტულ შემთხვევაში დამატებით პრობლემას წარმოადგენს შინაარსობრივი გაუმართაობა და ბუნდოვანება, რადგან კანონმდებლობით არ არის დადგენილი რიგითობა, რომლის მიხედვით იქნებოდა განმარტებული თუ რომელ პირს აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში. ამდენად, ტერმინ „პაციენტის ნათესავი“ დეფინიციისას აუცილებელია მოხდეს მითითე-

4 მუხლი 52, დ) პუნქტი, საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1997.

5 მუხლი 4, პუნქტი ა), საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.

ბიოთი ნორმის იმპლემენტირება, კერძოდ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 1336-ე მუხლით განსაზღვრული პირდაპირი აღმავალი და დაღმავალი ხაზის ნათესავების პრიორიტეტული რიგითობა.

კანონიერი წარმომადგენელი

ტერმინი „კანონიერი წარმომადგენელი“ განსაზღვრულია მხოლოდ კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ,⁶ თუმცა გამოყენებულია კანონებშიც „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. ამ შემთხვევაში ტერმინის შინაარსობრივი გამართულობის პრობლემა არ დგას, თუმცა იმის გამო, რომ ზემოთ აღნიშნული კანონები სამართლებრივად უნიფიცირებული არ არის და დამოუკიდებელი ტერმინოლოგია გააჩნია, დანარჩენი ორი კანონისათვის აღნიშნული ტერმინი უცნობია და დეფინირებას საჭიროებს.

იდენტური სურათია ტერმინ „პაციენტის ნათესავთან“ დაკავშირებით: „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონში ეს ტერმინი კანონის ტექსტში გამოყენებულია განმარტების გარეშე.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი /გამწვევი

მორიგი ტერმინოლოგიური კოლიზიაა ტერმინებს „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა“⁷ და „სამედიცინო მომსახურების გამწვევს“⁸ შორის. პირველი გვხვდება საქართველოს კანონში „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, ხოლო მეორე – საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“. მართალია ამ ორ ტერმინს გააჩნია ეტიმოლოგიური განსხვავება სიტყვებით – „მიმწოდებელი“/„გამწვევი“, თუმცა შინაარსობრივად იგივე დატვირთვისაა, მაშინ როდესაც კანონებში განსხვავებული ფორმულირება აქვთ. პირველის შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი განმარტებულია, როგორც – სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელსაც აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების სახელმწიფო სერტიფიკატი ან შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების ლიცენზია; ხოლო მეორე შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების გამწვევი არის – პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას.

აღნიშნული განმარტებები არ მოიცავს და თამაშგარე მდგომარეობაში აყენებს ექტნებს და პარამედუკოსებს, რომლებიც სერვისების მიწოდებას დამოუკიდებლად შეეცდებიან.

მეორე მხრივ ორი იდენტური დატვირთვის ტერმინის არსებობა გაუმართლებელია. უპრიანი იქნება ერთ ტერმინზე შეჯერება, რომელიც შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად: „სამედიცინო მომსა-

6 მუხლი 4, ვ) პუნქტი, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.

7 მუხლი 3, დ) პუნქტი, საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, 2007.

8 მუხლი 4, ზ) პუნქტი, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.

ხურების მიმწოდებელი არის პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას“

სამედიცინო მომსახურება

ტერმინი „სამედიცინო მომსახურების“ განმარტება მოცემულია მხოლოდ საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების“ შესახებ,⁹ მაგრამ დანარჩენ სხვა კანონებში, როგორცაა კანონები „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ აღნიშნული ტერმინი არ არის განმარტებული, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ტერმინი მოცემულ კანონებში მრავალგზის¹⁰ არის გამოყენებული; ასევე, ზემოთ აღნიშნულ სამ კანონში მითითებით ნორმასაც ვერ ვხვდებით, რომელიც მიუთითებდა ამ სამი კანონის მიზნებისათვის „პაციენტის შესახებ“ კანონში ტერმინი „სამედიცინო მომსახურების“ დეფინიციის გამოყენების სავალდებულობაზე.

სამედიცინო ჩანაწერები

კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ განმარტებულია ტერმინი „სამედიცინო ჩანაწერები“,¹¹ როგორც სამედიცინო მომსახურების განწვევის მიერ ქალაქზე, აგრეთვე ინფორმაციის სხვადასხვა მატარებლებზე, მათ შორის, კომპიუტერში დაფიქსირებული ინფორმაცია პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების განწვევასთან დაკავშირებით. საქართველოს კანონმდებლობაში (კერძოდ, კანონი „ელექტრონული ხელმოწერისა და ელექტრონული დოკუმენტის შესახებ“¹¹), ვხვდებით „ელექტრონული“ და „მატერიალური“ დოკუმენტის განმარტებებს. საჭიროა „პაციენტის უფლებების შესახებ“¹² საქართველოს კანონში არსებული განმარტებების შესაბამისობაში მოყვანა ზემოთ აღნიშნულ კანონთან. შესაძლებელია გაკეთდეს მითითებითი ნორმა და გამოყენებულ იქნას ტერმინები „ელექტრონული დოკუმენტი“ და „მატერიალური დოკუმენტი.“

მეორე საკითხია, თუ რამდენად სრულყოფილადაა განმარტებული ტერმინი „სამედიცინო ჩანაწერები“, ანუ რამდენად ამომწურავია ამ დეფინიციისთვის ჩანაწერი „პაციენტის სამედიცინო მომსახურების განწვევასთან დაკავშირებული ინფორმაცია“ და კონკრეტულად რა სახის მონაცემებს უნდა მოიცავდეს ეს ინფორმაცია? ამდენად, აღნიშნული ტერმინი საჭიროებს სამართლებრივ დახვეწას.

იგივე ტერმინი გამოყენებულია „კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ“, თუმცა ამ კანონით განმარტებული არ არის. წინამდებარე ხარვეზი გამოსასწორებელია.

9 მუხლი 4, თ) პუნქტი, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 1997.

10 მაგალითისათვის - მუხლი 11, პუნქტი 4, საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ; მუხლი 14, საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ; მუხლი 19, საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.

11 მუხლი 4, ი) პუნქტი, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 1997.

12 მუხლი 2, ქვეპუნქტები ა.ა), ა.ბ), საქართველოს კანონი ელექტრონული ხელმოწერისა და ელექტრონული დოკუმენტის შესახებ, 2008.

ნაგულისხმები თანხმობა

იურიდიული ტექნიკის თვალსაზრისით ნორმის გაუმართაობის ნათელი მაგალითია ტერმინი „ნაგულისხმები თანხმობა“,¹³ რომელიც განმარტებულია, როგორც – სიტუაცია, როდესაც პაციენტი მიმართა ექიმს სამედიცინო დახმარების მისაღებად, ხოლო ეს უკანასკნელი, მიუხედავად წერილობითი ან სიტყვიერი შეთანხმების არარსებობისა გაესაუბრა მას, გასინჯა და ა.შ.

როდესაც პაციენტის თანხმობის არსებობის დეფინიციაზე საუბარი დაუშვებელია არ ხდებოდეს მისი ამომწურავი და ერთმნიშვნელოვანი განმარტება და გვხვდებოდეს ისეთი ფრაზები, როგორიცაა: „და ასე შემდეგ“.

კანონშემოქმედებითობის თვალსაზრისით მიუღებელია ისეთი სიტყვის გამოყენება, როგორიცაა „სიტუაცია“. მის მაგივრად შესაძლებელია სიტყვა „მდგომარეობის“ გამოყენება, ან თუნდაც სიტყვათწყობა „სამართლებრივი ურთიერთობის“ ხმარება. ასევე აუცილებელია დეფინიციაში სრულყოფილად იქნას აღწერილი ექიმის მიერ პაციენტის მიმართ განხორციელებული ქმედებები ან გამოყენებულ იქნას ამ ქმედებების აღმნიშვნელი ზოგადი ტერმინი, მაგალითისათვის – სამედიცინო მომსახურება.

ამგვარად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედ კანონმდებლობაში არსებული ზემოთ აღნიშნული ტერმინოლოგიური კოლიზიები, შეუსატყვისობები და სხვა ხარვეზები აუცილებლად შესაცვლელი და გამოსასწორებელია.

ტერმინი	კოლიზია	დუბლირება	ტიქნიკური გაუმართაობა	შენიშვნა დაზუსტება
ინფორმირებული თანხმობა	✓	✓		
პაციენტი	✓	✓	✓	
გენომი			✓	
პაციენტის ნათესავი		✓	✓	
კანონიერი წარმომადგენელი			✓	
სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი	✓	✓	✓	
სამედიცინო მომსახურება			✓	
სამედიცინო ჩანაწერები			✓	
ნაგულისხმევი თანხმობა			✓	
პალიატიური მკურნალობა		✓		

13 მუხლი 4, პუნქტი ლ), საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.

4. სჭირდება გადანყვება, შემდეგ მოქმედება

4.1. მცდარი სამედიცინო ქმედება

კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მცდარი სამედიცინო ქმედება¹⁴ არის – ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა. ამ სამართლებრივ ინსტიტუტთან დაკავშირებით რამოდენიმე ხარვეზი იკვეთება. პირველ რიგში აუცილებელია სამართლებრივი ენის დახვეწა. კერძოდ, დეფინიციისას გამოყენებული სიტყვა „ქმედება“ თავის თავში მოიცავს როგორც მოქმედებას, ასევე უმოქმედობას – რაც ტერმინის განმარტებაში არ ჩანს. ასევე **იურიდიული ტექნიკის თვალსაზრისით გაუმართავია** და შეცვლას საჭიროებს სიტყვა „უნებლიედ“ ის უნდა ჩანაცვლდეს შესაბამისი სამართლებრივი ტერმინით, მაგალითად როგორცაა „გაუფრთხილებლობა“. ასევე არ ჩანს, რა სახის ზიანზეა საუბარი, ანუ უნდა განისაზღვროს, რას შეიძლება გულისხმობდეს ზიანი.

იურიდიული ტექნიკის გამართულობისა და სამართლებრივი სისწორის გარდა ზემოთ აღნიშნულ სამართლებრივი ინსტიტუტის შინაარსობრივი პრობლემა გაცილებით დიდი მნიშვნელობისაა. აუცილებელია მისი არსობრივი ცვლილება. კერძოდ:

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში მოცემული დეფინიციის მიხედვით გამოდის, რომ მცდარი სამედიცინო ქმედებისთვის ერთადერთი პასუხისმგებელი პირი ექიმია და მცდარი სამედიცინო ქმედება პრაქტიკულად გათანაბრებულია მცდარ საექიმო შემთხვევასთან, რაც არასწორია. სამედიცინო შეცდომის მიზეზი შეიძლება იყოს სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართული ნებისმიერი პროფესიონალი (ექიმი, ექთანი, ტექნიკური პერსონალი და სხვ) და/ან სამედიცინო დაწესებულება. აშშ-ში, სადაც განსაკუთრებით აქტუალურია ეს პრობლემა და მთელი რიგი სამართლებრივი რეგულაციები არსებობს მნიშვნელოვანი სამედიცინო და სასამართლო პრაქტიკის შედეგად, აღიარებულია, რომ მცდარი სამედიცინო ქმედების დიდი წილი სწორედ დაწესებულებაზე მოდის და არა ექიმზე და სხვა პროფესიონალების შეცდომებზე. ამ მხრივ საქართველოში რაიმე სტატისტიკის მოძიება შეუძლებელია, მაგრამ სამედიცინო დარგის ექსპერტთა აზრით, სავარაუდო სურათი დაახლოებით იგივე უნდა იყოს. ამიტომ, **აღნიშნული შინაარსობრივი სამართლებრივი პრობლემის გადასაწყვეტად აუცილებელია ტერმინის დეფინიციისას სიტყვა „ექიმის“ ნაცვლად გამოყენებული იქნას ტერმინი „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი“**, რომელიც მოიცავს როგორც სამედიცინო მომსახურებაში ჩართულ პროფესიონალებს, ასევე დაწესებულებას. დასავლეთის ქვეყნების გამოცდილებაც ამაზე მიუთითებს. სადაც აქტიურად გამოიყენება ტერმინი - Health Care Provider.

¹⁴ მუხლი 3, პუნქტი პ), საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1997.

ასევე ცვლილებას საჭიროებს ტერმინში გამოყენებული სიტყვები „პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება“ – რაც ბუნდოვანი და მრავალფეროვანი ინტერპრეტაციის საშუალებას იძლევა.

სიტყვა „ზიანთან“ დაკავშირებით აუცილებელია მისი დეტალიზება. უნდა გამოივეთოს პაციენტს რა სახის ზიანი მიადგა, რაც შეიძლება იყოს მატერიალური სახის – პაციენტის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობა, ასევე მორალური სახის, რომელმაც მართალია პაციენტის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას ზიანი არ მიაყენა, მაგრამ ზეგავლენა იქონია პირის ემოციურ მხარეზე და გამოიწვია მორალური ზიანი.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე ტერმინი – მცდარი სამედიცინო ქმედება – შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად:

„მცდარი სამედიცინო ქმედება არის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არამართლზომიერი მოქმედება ან უმოქმედობა, რამაც გამოიწვია პაციენტის სიკვდილი, ან პაციენტის ჯანმრთელობის მოშლა, ან პაციენტს მიაყენა მორალური და/ან მატერიალური ზიანი.“

4.2. ინფორმაციის კონფიდენციალურობა

პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობა ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს. საერთაშორისო პრაქტიკის მიხედვით პაციენტის შესახებ ინფორმაცია წარმოადგენს პირად საიდუმლოებას და მისი ნახვის უფლება არავის არ აქვს პაციენტის ნებართვის გარეშე მკაცრად განსაზღვრულ გამონაკლის შემთხვევების გარდა.

საქართველოს სამართლებრივ რეალობაში პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობა გამყარებულია საქართველოს კონსტიტუციით აღიარებული პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის მუხლით,¹⁵ კერძოდ: – *ყოველი ადამიანის პირადი ცხოვრება, პირადი საქმიანობის ადგილი, პირადი ჩანაწერი, მიმონერა, საუბარი სატელეფონო და სხვა სახის ტექნიკური საშუალებით, აგრეთვე ტექნიკური საშუალებით მიღებული შეტყობინებანი ხელშეუხებელია*. აღნიშნული უფლების შეზღუდვა დაიშვება სასამართლოს გადანყვებით ან მის გარეშეც კანონით გათვალისწინებული გადაუდებელი აუცილებლობისას.

საიდუმლო ინფორმაციის სტატუსი აქვს პირად საიდუმლოებას, ანუ პირის შესახებ არსებულ ინფორმაციას საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის მიხედვით,¹⁶ კერძოდ საჯარო დაწესებულებაში დაცული, აგრეთვე საჯარო დაწესებულების ან მოსამსახურის მიერ სამსახურებრივ საქმიანობასთან დაკავშირებით მიღებული, დამუშავებული, შექმნილი ან გაგზავნილი ინფორმაცია, რომელიც შეიცავს სახელმწიფო, კომერციულ ან პირად საიდუმლოებას.

15 მუხლი 3, ო) პუნქტი, საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის შესახებ, 1997.

16 მუხლი 20, პუნქტი 1, საქართველოს კონსტიტუცია, 1995.

უფრო მეტიც, პერსონალური მონაცემების პირად საიდუმლოებად მიჩნევის საკითხს წყვეტს პირი, რომლის შესახებაც არსებობს ეს ინფორმაცია.¹⁷

საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა ამ საკითხის მიმართაც არ არის ერთგვაროვანი. რაოდენ პარადოქსულადაც არ უნდა ჟღერდეს, საქართველოს კანონები: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ პაციენტის ინფორმაციის დაცვისა თუ დაუცველობის განსხვავებულ ინტერპრეტაციებს გვთავაზობს.

„კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის კონფიდენციალურობის უფლების დაცვას, უფრო მეტიც, არღვევს პაციენტის კონფიდენციალურობის უფლებას. აღნიშნული კანონის მიხედვით – *„მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი მოვალეა, დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო, გარდა იმ შემთხვევებისა როცა კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებას მოითხოვს გარდაცვლილის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, სასამართლო, საგამოძიებო ორგანოები, ან ეს აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავის უფლებების დასაცავად.“*¹⁸

აღნიშნულიდან გამომდინარე, თუ რომელიმე გამომძიებელმა სასამართლო გადაწყვეტილების გარეშე პაციენტის ექიმს ან სამკურნალო დაწესებულებას მოთხოვა პაციენტის ჯანმრთელობის ისტორია, მას ასეთი ინფორმაციის მიღების უფლება აქვს ამ მუხლის აქტის მიხედვით.

„კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ შეიცავს დამოუკიდებელ თავს პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობისა და ხელშეუხებლობის სახელწოდებით. თუმცა, აღნიშნული სახელწოდების მიუხედავად, პაციენტის შესახებ ინფორმაციის დაცვის მექანიზმი არ იკითხება. პირიქით, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ¹⁹

2. ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;

აღნიშნულს უკეთესად არეგულირებს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, სადაც მოცემულია იმ კონკრეტული შემთხვევების ჩამონათვალი, როცა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს გაამჟღავნოს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაცია, კერძოდ თუ:²⁰

ა) პაციენტი აძლევს ინფორმაციის გამჟღავნების უფლებას;

ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს;

17 მუხლი 2, პუნქტი ნ), საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსი, 1999.

18 მუხლი 271, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსი, 1999.

19 მუხლი 42, საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1997.

20 მუხლი 28, პუნქტი 1, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000.

გ) თუ არსებობს დასაბუთებული ეჭვი სავალდებულო აღრიცხვას დაქვემდებარებულ დაავადებაზე;

დ) ინფორმაცია მიენოდება სამედიცინო მომსახურების მონაწილე სხვა სამედიცინო პერსონალს;

ე) ინფორმაციის გამჟღავნება აუცილებელია სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისათვის;

ვ) ინფორმაციის გამჟღავნებას, სასამართლოს გადაწყვეტილების შესაბამისად, მოითხოვენ სამართალდამცველი ორგანოები;

ზ) ინფორმაცია მიენოდება სახელმწიფო ორგანოებს პაციენტისათვის სოციალური შეღავათების დაწესების მიზნით. ამ შემთხვევაში აუცილებელია ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობა;

თ) სასწავლო-სამეცნიერო მიზნით ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია.

1 ეს მუხლიც არ უზრუნველყოფს პაციენტის კონფიდენციალურობის უფლების დაცვას, კერძოდ გ), დ), ე) ქვეპუნქტები საჭიროებს გადახედვას.

2 აღნიშნული მუხლის გ) პუნქტში დასაბუთებული ეჭვი არ არის განმარტებული და, შესაბამისად, წარმოადგენს ფართო ინტერპრეტაციის საგანს, რითაც შესაძლოა შეილახოს პირადი საიდუმლოების ხელშეუხებლობის კონსტიტუციური უფლება.

3 დ) პუნქტშია უცილებლად უნდა დაკონკრეტდეს ის, რომ ინფორმაცია მიენოდება ამ პაციენტის სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე პერსონალს. ასევე სამართლებრივ რეგულირებას საჭიროებს პაციენტის თანხმობის საკითხი სხვა სამედიცინო დაწესებულებიდან მოწვეული სამედიცინო პერსონალისათვის ინფორმაციის მიწოდებასთან დაკავშირებით. შეიძლება გათვალისწინებულ იქნეს ისეთი შემთხვევა, როცა ხდება პერსონალის სხვა სამედიცინო დაწესებულებიდან მოწვევა კონსილიუმის და/ ან მეორე აზრის გაგების მიზნით, თუმცა პაციენტის თანხმობა აუცილებელი უნდა იყოს.

4 ე) პუნქტში არ ჩანს თუ რა არგუმენტით არის გამართლებული ინფორმაციის გამჟღავნების აუცილებლობა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისათვის? – ამ შემთხვევაში დაკონკრეტებული უნდა იყოს სასამართლო გადაწყვეტილების არსებობა ან პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა.

რეკომენდაცია: ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვას. საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი არ აწესებს პასუხისმგებლობას პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალობის დარღვევისათვის. შესაბამისად, საჭიროა, მოხდეს შემდეგი საკანონმდებლო ცვლილებების განხორციელება:

კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ უნდა შევიდეს ცვლილებები, რითაც გარეშე პირთათვის, მათ შორის საგამოძიებო ორგანოებისათვის პაციენტის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება გახდება შესაძლებელი მხოლოდ სასამართლო გადანყვებით და საფუძველზე;

კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ აუცილებელია მკაფიო ფორმულირება მიეცეს შემდეგ დებულებას – „სამედიცინო მომსახურების გამწვანების მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას“. აღნიშნული დებულება საკმაოდ ბუნდოვანია და შეიძლება გახდეს პაციენტის კონფიდენციალობის უფლების დარღვევის საფუძველი.

კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ უნდა განხორციელდეს შემდეგი ცვლილებები, რომლითაც მოხდება:

5.1 მუხლის გ) პუნქტში დასაბუთებული ეჭვის განმარტება, რადგან მოქმედი რედაქციით აღნიშნული ტერმინი წარმოადგენს ფართო ინტერპრეტაციის საგანს, რითაც შესაძლოა შეილახოს პირადი საიდუმლოების ხელშეუხებლობის კონსტიტუციური უფლება;

5.2 დ) პუნქტში აუცილებლად უნდა დაკონკრეტდეს ის, რომ ინფორმაცია მიეწოდება ამ პაციენტის სამედიცინო მომსახურების მონაწილე სხვა სამედიცინო პერსონალს და არა ზოგადად სამედიცინო მომსახურების მონაწილე პერსონალს. ასევე შეიძლება გათვალისწინებულ იქნეს ისეთი შემთხვევა, როცა ხდება პერსონალის სხვა სამედიცინო დაწესებულებიდან მოწვევა კონსილიუმის და/ან მეორე აზრის გაგების მიზნით, თუმცა პაციენტის თანხმობა აუცილებელი უნდა იყოს;

5.3 ე) პუნქტში არ ჩანს, თუ რა არგუმენტით არის გამართლებული ინფორმაციის გამჟღავნების აუცილებლობა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისათვის? – ინფორმაციის გაცემისთვის აუცილებელი უნდა იყოს სასამართლოს გადანყვებით და პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა.

4.2.1. სამედიცინო ეთიკის კომისია

საქართველოში სამედიცინო ეთიკის კომისიის შექმნის და ფუნქციონირების საკითხი რეგულირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით,²¹ რომლითაც დამტკიცებულია სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულება.

სამედიცინო ეთიკის კომისიის შექმნის მიზანს წარმოადგენდა პაციენტის უფლებების, მათი ღირსებისა და პიროვნული ავტონომიის დაცვის ხელშეწყობა სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის განათლების, სამედიცინო მომსახურების პროცესში წამოჭრილი პრობლემების ეთიკური ასპექტების წარმოჩენის, ანალიზის და სათანადო რეკომენდაციების მომზადების გზით.

21 მუხლი 28, პუნქტი 2, საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 2001.

ბრძანების მიხედვით, სამედიცინო ეთიკის კომისია იქმნება სამედიცინო დაწესებულებებთან, მათ შორის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებთან, უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებთან, როგორც სამედიცინო პერსონალის საკონსულტაციო ორგანო სამედიცინო მომსახურების ეთიკურ საკითხებში.

ნორმატიული აქტით თითოეული კომისია ქმნის საკუთარ წესდებას და სამუშაო პროცედურების დეტალურ აღწერილობას წინამდებარე რეკომენდაციების მიხედვით და თავის საქმიანობას წარმართავს საქართველოს კანონმდებლობისა და ხსენებული წესდების ფარგლებში.

ბრძანებაში შემდგომ ვხვდებით ჩანაწერებს, რომელებიც ერთის მხრივ იურიდიული ტექნიკის თვალსაზრისით გაუმართავია, ხოლო მეორეს მხრივ ეწინააღმდეგება მინისტრის ბრძანების, როგორც ნორმატიული აქტის სამართლებრივ დატვირთვას. კერძოდ, მინისტრის ბრძანების მიხედვით საავადმყოფოს ეთიკის კომისიების შექმნა რეკომენდებულია ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც ამის შესაძლებლობა არსებობს.²² სხვა სიტყვებით, მინისტრის ბრძანება რეკომენდაციული ხასიათისაა და მასში შემავალი დებულებები შესასრულებლად სავალდებულო არ არის.

მეორე მხრივ, საქართველოს კანონი ნორმატიული აქტების შესახებ პირდაპირ მიუთითებს იმის თაობაზე, რომ ნორმატიული აქტი არის უფლებამოსილი სახელმწიფო ან ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოს (თანამდებობის პირის) მიერ საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიღებული (გამოცემული) სამართლებრივი აქტი, რომელიც შეიცავს მისი მუდმივი ან დროებითი და მრავალჯერადი გამოყენების ქცევის ზოგად წესს და რომელიც შესასრულებლად სავალდებულოა.²³

აქედან გამომდინარე, მინისტრის ბრძანება სამართლებრივი თვალსაზრისით ეწინააღმდეგება თვით იმ აქტის შინაარსობრივ და საკანონმდებლო დატვირთვას, რისთვისაც იქნა გამოცემული. ქართულ სამართლებრივ სივრცეში არსებობს ე.წ. კონცეპტუალური დოკუმენტების არსებობის პრაქტიკა, რომელიც სარეკომენდაციო ხასიათს ატარებს და შეიძლება იქცეს სახელმძღვანელო პრინციპებად ამა თუ იმ დაწესებულებისათვის, მაგრამ, როდესაც საუბარია მინისტრის ბრძანებაზე, რომელიც ნორმატიული აქტია – ის აუცილებლად შესასრულებლად სავალდებულოა.

აღნიშნულ ბრძანებას არა მხოლოდ ნორმატიულობის პრობლემა აქვს, არამედ იურიდიული ტექნიკის თვალსაზრისით, ისევე როგორც სამართლებრივი ტერმინოლოგიის კუთხით გაუმართავია და შეიცავს ანალიტიკურ-თხრობითი ხასიათის ჩანაწერებს, რომელიც ნორმატიული აქტისთვის სრულიად გაუმართლებელი და მიუღებელია.²⁴

ზემოთ აღნიშნულთან ერთად ბრძანებით დამტკიცებული სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულება გადახედვას საჭიროებს შინაარსობრივი თვალსაზრისითაც საერთაშორისო პრაქტიკის გაზიარების კუთხით.

22 მუხლი 1, საქართველოს კანონი საქმიანობის შესახებ, 2001.

23 მუხლი 3, პუნქტი ჩ1), საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1997.

24 ჰელსინკის დეკლარაცია, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია, 2001.

კერძოდ, გადახედვას საჭიროებს სამედიცინო ეთიკის კომისიის შემადგენლობა, რომლის მიხედვით კომისიის შემადგენლობაში შედიან: ეთიკოსი (ბიოეთიკოსი), ლვთისმსახური, იურისტი, საზოგადოების წარმომადგენელი და ცალსახა დათქმა იმასთან დაკავშირებით, რომ კომისიის აუცილებელი წევრი და თავმჯდომარე არის სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო დირექტორი (მთავარი ექიმი). უფრო მეტიც, მითითებულ კომენტარის მიხედვით – „სამედიცინო ეთიკის კომისიის „მაღალ დონეზე“ შექმნას და მის დაქვემდებარებას სამედიცინო დაწესებულების მთავარი ექიმისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. აღნიშნული აუცილებელია თვით სამედიცინო ეთიკის კომისიის და მის მიერ შემუშავებული რეკომენდაციების მნიშვნელობის ხაზგასასმელად. აბსოლუტურად დამოუკიდებელი ორგანოს სახით სამედიცინო ეთიკის კომისიების ჩამოყალიბება (რომლებიც არ არიან ანგარიშვალდებულნი ადმინისტრაციის წინაშე) მათ მნიშვნელობას საეჭვოს გახდის. ყოველ შემთხვევაში, ასეთია ამ დარგში საკმარისი გამოცდილების მქონე ქვეყნების (ჰოლანდია, ინგლისი, აშშ) ექსპერტთა აზრი.“

აშშ-ს, ევროპისა და ავსტრალიის გამოცდილების გათვალისწინებით, სხვადასხვა ასპექტები იკვეთება. აშშ-ს პრაქტიკის მიხედვით ე.წ. ქცევისა და ეთიკის საბჭოები უნდა შედგებოდეს 5 ან მეტი წევრისგან, მათ შორის ასეთ საბჭოში უნდა შედიოდეს სულ მცირე ერთი მეცნიერი მედიკოსი, ერთი არამეცნიერი მედიკოსი, რომელიც აფილირებული არ არის იმ კონკრეტულ ორგანიზაციასთან, სადაც იქმნება სამედიცინო ეთიკის საბჭო. ასევე, აღნიშნულ საბჭოში უნდა შედიოდნენ იურისპრუდენციაში და პროფესიული ეთიკისა და ქცევის სტანდარტებსა და წესებში განსწავლული პირები, ასევე სპეციალური წევრობა გათვალისწინებულია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების და ინტერესების დამცველისათვის.

წარმატებული კლინიკური პრაქტიკის ევროპული ფორუმის მიხედვით, სამედიცინო ეთიკის კომისია უნდა შედგებოდეს ორი პრაქტიკოსი ექიმისგან, რომლებსაც აქვთ გამოცდილება ბიომედიცინაში და არ არიან დაკავშირებული სამედიცინო დაწესებულებასთან. ასევე ერთი იურისტი, ერთი თავისუფალი პროფესიის ადამიანი (საზოგადოების წარმომადგენელი) და ერთი ექთანი ან ფარმაცევტი.

რეკომენდაციების მიხედვით სამედიცინო ეთიკის კომისიაში მეტნაკლებად დაცული უნდა იქნას გენდერული და ასაკობრივი ბალანსი და გათვალისწინებული საზოგადოების კულტურული თავისებურებები.

ავსტრალიის ჯანდაცვის ეთიკის კომიტეტის 1996 წლის რეკომენდაციების მიხედვით სამედიცინო ეთიკის კომისიის თავმჯდომარე არ უნდა იყოს დაწესებულების თანამშრომელი ან სხვაგვარად დაკავშირებული პირი. წევრებად წარმოდგენილი უნდა იყვნენ პროფესიონალი ექიმი, რელიგიის წარმომადგენელი, ადგილობრივი თემის ლიდერი და ექთანი.

ამგვარად, მინისტრის ბრძანება შესაბამისობაშია მოსაყვანი საერთაშორისო გამოცდილებასა და სამედიცინო ეთიკის კომისიების წარმატებულ პრაქტიკასთან.

სამწუხაროდ ეთიკის კომისიის დებულების თანახმად, რომელიც დამტკიცებულია ბრძანებით, არ არის განსაზღვრული კომისიის შექმნის მექანიზმი, ნათლად არ არის წარმოჩენილი და გამიჯნული უფლებამოსილებები და შესაბამისი პროცედურები.

ასევე აუცილებელია ზედამხედველობის მექანიზმის არსებობა, რომლითაც სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებული იქნებიან რეალურად შექმნან და აამოქმედონ სამედიცინო ეთიკის კომისიები, რაც თავის მხრივ პაციენტთა უფლებების დაცვის და ჯანდაცვის სექტორში სერვისების დახვეწისა და განვითარების მნიშვნელოვანი საფუძველია. პირდაპირი გზა ამ მიმართულებით სამედიცინო დაწესებულებების სალიცენზიო სტანდარტების გადახედვის აუცილებლობაა, რომელიც ამ კუთხით დაწესებულების ხელმძღვანელობას აიძულებს შექმნას და ხელი შეუწყოს სამედიცინო ეთიკის კომისიის გამართულ ფუნქციონირებას.

რეკომენდაცია: ამგვარად, აუცილებელია ზემოთ აღნიშნული ბრძანების ხელახალი ფორმულირება, რათა მკაფიოდ განისაზღვროს: ბრძანებით დარეგულირებული სამედიცინო ეთიკის კომისიის შექმნის მექანიზმი, კომისიის შემადგენლობა, უფლებამოსილებების გამიჯვნა.

კომისიის მუშაობის ზედამხედველობის მექანიზმი საკმაოდ ბუნდოვანია, არ არის საკმარისი და ვერ პასუხობს საერთაშორისო გამოცდილების საუკეთესო პრაქტიკას.

4.3. უწყვეტი პროფესიული განვითარება

4.3.1. პრობლემის არსი და მოკლე აღწერა:

უწყვეტი პროფესიული განვითარება (უპგ) უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დიპლომის შემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) მომდევნო პროცესია, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში.

უპგ მოიცავს ყველა იმ აქტივობას, რომლებსაც ექიმები ახორციელებენ, ფორმალურად და არა-ფორმალურად, პაციენტების მოთხოვნილებების შესაბამისად, საკუთარი ცოდნის, გამოცდილებისა და უნარ-ჩვევების შენარჩუნების, განახლების, განვითარებისა და გაღრმავების მიზნით.

ექიმის საქმიანობა ემყარება ავტონომიურობისა და დამოუკიდებლობის პრინციპს, რაც გულისხმობს, რომ ექიმი უნდა მოქმედებდეს პაციენტის საუკეთესო ინტერესებიდან გამომდინარე, და ამ პროცესში თავისუფალი უნდა იყოს ყოველგვარი გარეშე არამართებული ჩარევისაგან.

უწყვეტი პროფესიული განვითარებაზე ზრუნვა ერთდროულად ექიმის პროფესიული მოვალეობა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების წინაპირობაა. უპგ-ს მთავარი მამოძრავებელი ფაქტორი არის ექიმის ნება-სურვილი შეინარჩუნოს პროფესიული განვითარების მაღალი დონე.

4.3.2. კანონი

ა.გლობალური სტანდარტები

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში სამედიცინო სფეროში არსებული უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემების ანალიზისას შეუძლებელია გაკეთდეს პირდაპირი მითითება კონკრეტულ დანესებულებებზე, რომლებსაც წამყვანი როლი ეკისრებათ ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესში. აღნიშნულ პროცესში ჩართული არიან სხვადასხვა მოთამაშეები, ექიმების და მულტინაციონალური უპე მიმწოდებლების ჩათვლით. მათი ვალდებულებების მოცულობა და ურთიერთდამოკიდებულება ძალიან ცვლადი ხასიათისაა მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში და მათი როლი და კომპეტენცია უმეტესწილად არ არის ნათლად განსაზღვრული.

უმეტეს შემთხვევაში, მთავარი როლი ეკისრება სამედიცინო პროფესიულ ორგანიზაციებს, რომლებიც ახორციელებენ უპე–ს ღონისძიებების ზოგად დაგეგმვასა და კოორდინაციას, აღნიშნული ღონისძიებების რეგისტრაციისა და დოკუმენტაციის ჩათვლით. სამედიცინო პროფესიული ორგანიზაციები არიან უპე–ს მთავარი ინიციატორები, მიმწოდებლები და მხარდამჭერები. უპე პროცესში მნიშვნელოვანი როლს თამაშობენ თავად ექიმებიც.

კანონი მრავალ ქვეყანაში არეგულირებს უპე–ს, თუმცა ასეთი რეგულირება უმეტესწილად მოქნილი და თავისუფალია, თვით ისეთ ქვეყნებშიც კი, სადაც დადგენილია ექიმთა განმეორებითი სერტიფიცირება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან არსებულმა სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციამ 2003 წელს შეიმუშავა ექიმთა უწყვეტი პროფესიული განვითარების გლობალური სტანდარტები,²⁵ რომლებიც თითოეული ქვეყნისათვის სამოქმედო მოდელს წარმოადგენს. აღნიშნული სტანდარტების მიხედვით:

- 1 სამედიცინო პროფესიულმა ორგანიზაციებმა, შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებთან (ცენტრალურ და ადგილობრივ) და დამქირავებლებთან კონსულტაციით უნდა საჯაროდ განსაზღვრონ უპე–ს მისია და სასურველი შედეგები. მისიისა და სასურველი შედეგების განაცხადი უნდა მოიცავდეს აღნიშნულ სფეროში ნაციონალური და რეგიონალური პოლიტიკის ზოგად და სპეციფიკურ საკითხებს და აღწერდეს რა მოლოდინები არსებობს ექიმებისადმი, მათი კომპეტენციის შენარჩუნებისა და განვითარების თვასაზრისით.
- 2 უპე უნდა ემსახურებოდეს ექიმების პროფესიონალიზმის ამაღლებას და შესაძლებლობას აძლევდეს მათ იმოქმედონ ავტონომიურად მათი პაციენტებისა და საზოგადოების საუკეთესო ინტერესებიდან გამომდინარე.
- 3 უპე უნდა იყოს აღიარებული როგორც სამედიცინო პრაქტიკის განუყოფელი ნაწილი და ჰპოვოს შესაბამისი ასახვა ბიუჯეტებში, რესურსების მართვისა და დროის დაგეგმარებისას. იგი

²⁵ გაეროს სამედიცინო ეთიკის პრინციპები „ჯანდაცვის პერსონალის როლი პიროვნების დაცვის საქმეში წამებისა და სხვა არაადამიანური, მადეგრადირებელი ქმედების ან საჯულის წინააღმდეგ“, 1982.

უნდა იქნას გამოყენებული, რომ სამედიცინო სფეროში არსებული გაუმჯობესება და სამეცნიერო მიღწევები დანერგილ იქნას პრაქტიკაში.

- 4 უპე მენეჯმენტი – ექიმებს უნდა ჰქონდეთ საბოლოო პასუხისმგებლობა საკუთარი, ინდივიდუალური უპე აქტივობების დაგეგმვასა და განხორციელებაში. სამედიცინო პროფესიული ორგანიზაციებმა უნდა დაგეგმონ უპე აქტივობები და დააფინანსონ და შეინარჩუნონ ისინი მათი ნევრების მოთხოვნილებების შესაბამისად.
- 5 უპე მიმწოდებლები უნდა იყვნენ პროფესიული ასოციაციები და ორგანიზაციები, ეროვნული და საერთაშორისო სამედიცინო სამეცნიერო საზოგადოებები, სამედიცინო სკოლები/უნივერსიტეტები, დიპლომისშემდგომი პროფესიული განათლების მიმწოდებელი ინსტიტუტები, დამქირავებლები და სხვა პროვაიდერები, როგორცაა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაწესებულებები.
- 6 უპე აღიარება – უნდა არსებობდეს სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს უპე მიმწოდებლების ან ინდივიდუალურ უპე აქტივობების აღიარებას. უპე მიმწოდებლები უნდა აკმაყოფილებდნენ კანონით განსაზღვრულ საგანმანათლებლო ხარისხისა და სხვა კრიტერიუმებს. მათ უნდა მოახდინონ დემონსტრირება, რომ იყენებენ მისაღებ საგანმანათლებლო მეთოდებს და ტექნოლოგიას. ინტერესთა კონფლიქტის შესაძლებლობა მაქსიმალურად უნდა გამოირიცხოს. სასურველია სამედიცინო სკოლების აქტიური ჩართულობა უპე-ს მიწოდების პროცესში.
- 7 უპე-ს ოფიციალური სტრუქტურა უნდა იქნას შემუშავებული და დამტკიცებული სამედიცინო პროფესიული ორგანიზაციების მიერ ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებთან კონსულტაციით და ეფუძნებოდეს აღიარებულ მეთოდებსა და კრიტერიუმებს.
- 8 უპე-ს დაფინანსება უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შემადგენელი ნაწილი. დაფინანსების წყაროები ისე უნდა იყოს შერჩეული, რომ უზრუნველყოფდეს ექიმთა მაქსიმალურ დამოუკიდებლობას უპე აქტივობების შერჩევის დროს. იკრძალება ფარმაცევტული და სამედიცინო ტექნოლოგიების მწარმოებელი კომპანიების ფინანსური ჩართულობა უპე აქტივობებში, რადგან მათ აქვთ ინტერესთა კონფლიქტი. ასეთი ორგანიზაციები არ შეიძლება იყოს უპე-ს არც მიმწოდებელი და არც დამფინანსებელი.

ბ. უპე საკანონმდებლო რეგულირების თანამედროვე ტენდენციები

ამჟამად მსოფლიოში სამედიცინო სფეროში უწყვეტი პროფესიული განვითარებისადმი ძირითადად ორგვარი დამოკიდებულებაა. უპე ან ნებაყოფლობითია, ან – სავალდებულო. ისეთ ქვეყნებში, სადაც იგი სავალდებულოა, უპე დაკავშირებულია ექიმების რესერტიფიცირებასთან ან რელიცენზირებასთან.

ევროპის ქვეყნებში არსებობს უპე აკრედიტაციის ნაციონალური ორგანოები, რომლებიც უპე მიმწოდებლებისა და უპე აქტივობების აკრედიტაციისას ხელმძღვანელობენ ევროპული კონსესუსით,

რომელიც ჩამოყალიბებულ იქნა სამედიცინო სპეციალისტების ევროპის კავშირის (სსეკ) წესდებაში „უნყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ“ და მის დანართებში, ასევე კავშირის მიერ შემუშავებულ სახელმძღვანელო პრინციპებში (გაიდლაინებში). აკრედიტაციის ნაციონალური ორგანოები ანიჭებენ ასევე კრედიტებს, რომელთა დაგროვებაც აუცილებელია იმ ქვეყნებში, სადაც უპგ რესერტიფიცირებისა და რელიცენზირების სავალდებულო პირობაა. გარდა ამისა, საერთაშორისო უპგ აქტივობების მიმწოდებლების აკრედიტაციას ევროპის დონეზე ახორციელებს სსეკ—თან არსებული უნყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპის აკრედიტაციის საბჭო, რომელიც არსებობს 2000 წლიდან. თუმცა აღნიშნული საბჭო საბოლოო დასტურის მისაღებად მაინც შესაბამისი ქვეყნის (იმ ქვეყნის, სადაც კონკრეტული უპგ აქტივობა ტარდება) აკრედიტაციის ნაციონალურ ორგანოს მიმართავს.

სსეკ ახორციელებს არასავალდებულო უპგ—ს პოლიტიკას, მაგრამ ევროპის მრავალ ქვეყანაში უპგ სავალდებულოა და დაკავშირებულია ექიმთა რესერტიფიცირებასთან და რელიცენზირებასთან ან მათთან შრომითი ხელშეკრულებების შენარჩუნებასთან. ზოგადად, ევროპის ქვეყნებში ტენდენციაა რომ უპგ გახდეს სავალდებულო. უპგ სავალდებულია აშშ—ს შტატების უმეტესობასა და კანადაშიც.

გ. საქართველოს კანონმდებლობა

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში უნყვეტი პროფესიული განვითარება განმარტებულია, როგორც უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და უმაღლესის შემდგომი პროფესიული მზადების მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი.

იმავე კანონის 97–ე მუხლის შესაბამისად, უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ ექიმის პროფესიული მზადება-დახელოვნება მოიცავს უმაღლესის შემდგომ პროფესიულ მზადებას და უნყვეტ პროფესიულ განვითარებას. უმაღლესის შემდგომი პროფესიული მზადების მიზანია რომელიმე საექიმო სპეციალობის დაუფლება, ხოლო უნყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანი – ექიმის პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნება მის საექიმო სპეციალობაში, ისე, რომ მისი თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამებოდეს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებსა და ტექნოლოგიებს.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის მე–100 მუხლის თანახმად, ექიმის უნყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტები, შესაბამისი ფორმები და მათში ექიმის მონაწილეობის შეფასების კრიტერიუმები და წესი უნდა განისაზღვრებოდეს „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონითა და სხვა საკანონმდებლო აქტებით.

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, უნყვეტი პროფესიული განვითარების დეფინიციასთან ერთად, რომელიც მცირედ განსხვავდება ჯანმრთელობის დაცვის კანონში მოცემუ-

ლი დეფინიციისაგან (უნყვეტი პროფესიული განვითარება – უმაღლესი სამედიცინო განათლები-სა და დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა) მართლაც განსაზღვრავს უნყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტებს.

კანონის 29¹ მუხლის შესაბამისად, უპგ–ს კომპონენტებია: ა) უნყვეტი სამედიცინო განათლება; ბ) უნყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა; გ) პროფესიული რეაბილიტაცია; და დ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უნყვეტი გაუმჯობესება. იმავე კანონში განმარტებულია თითოეული ზე-მოაღნიშნული კომპონენტი. კერძოდ, კანონის განმარტების თანახმად:

უნყვეტი სამედიცინო განათლება	უნყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალიზებულ სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ-ჩვევების განმტკიცებას და გაუმჯობესებას უწყობს (კონგრესებში, კონფერენციებში მონაწილეობა, ნაშრომების გამოქვეყნება, სწავლება და სხვა);
უნყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა	უნყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს კონკრეტულ სპეციალობაში უნყვეტ პრაქტიკულ კლინიკურ საქმიანობას და ფასდება სათანადო მახასიათებლებით (პაციენტების რაოდენობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა, პრაქტიკული საქმიანობის ხანგრძლივობა და სხვა)
პროფესიული რეაბილიტაცია	უნყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს შედარებით ხანგრძლივი (1–5-თვიანი) სწავლების/ მზადების კურსის გავლას და რომლის მიზანია ექიმის პროფესიული კომპეტენციის აღდგენა კონკრეტულ საექიმო სპეციალობაში;
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უნყვეტი გაუმჯობესება	უნყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებას და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას.

საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის იმავე 29¹–ე მუხლის თანახმად, უპგ–ს პირველი კომპონენტის – უნყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეულ ფორმებს, ისევე როგორც მეორე კომპონენტის – პროფესიული რეაბილიტაციის წესებს, აგრეთვე, აკრედიტაციის წესსა და კრიტერიუმებს შეიშა-შავებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული პროფესიუ-ლი განვითარების საბჭო და ამტკიცებს სამინისტრო. იმავე კანონის 20.7(ე)–ე მუხლის შესაბამისად, პროფესიული განვითარების საბჭო უზრუნველყოფს, აგრეთვე, უნყვეტი სამედიცინო განათლები-სა და პროფესიული განვითარების პროცესების ორგანიზების, მართვისა და მონიტორინგის ღონის-

ძიებების გატარებას.

უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესში პროფესიული განვითარების საბჭოს უფლებამოსილებას და ფუნქციებს უფრო აკონკრეტებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 16 მაისის #122/ნ ბრძანებით დამტკიცებული საბჭოს დებულება, რომლის მე-2 მუხლის შესაბამისად, საბჭო ახორციელებს შემდეგ საქმიანობებს:

- უზრუნველყოფს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების პროცესების ორგანიზებას, მართვასა და მონიტორინგს;
- განიხილავს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების საკითხებს, ამზადებს სათანადო რეკომენდაციებს და მონაწილეობს ნორმატიული აქტების შემუშავებაში;
- შეიმუშავებს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების (მათ შორის, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობებსა და სუბსპეციალობებში) აკრედიტაციის კრიტერიუმებს და წესს, ასევე უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და პროფესიული რეაბილიტაციის წესს, აკრედიტაციის წესსა და კრიტერიუმებს; ახდენს ამ პროგრამების აკრედიტაციას და კანონმდებლობის მოთხოვნათა შესაბამისად, წარუდგენს მინისტრს დასამტკიცებლად;
- ახორციელებს სათანადო ღონისძიებებს და იღებს შესაბამის გადაწყვეტილებებს უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების საკითხებთან დაკავშირებით, თუ კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.

ამრიგად, პროფესიული განვითარების საბჭოს ეკისრება უპე სფეროში ყველა მნიშვნელოვანი მარეგულირებელი და საზედამხედველო ფუნქცია, თუმცა მას, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონების მოთხოვნების მიუხედავად, რომ 2009 წლის 1 მარტამდე შეემუშავებინა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმები და პროფესიული რეაბილიტაციის წესები, აგრეთვე აკრედიტაციის წესები და კრიტერიუმები, დღემდე რაიმე ნორმატიული აქტი არ გამოუცია და არც რაიმე კონკრეტული ღონისძიება განუხორციელებია.

ამავე დროს, უწყვეტ პროფესიულ განვითარებასთან დაკავშირებით საქართველოში მიღებულია და ჯერ კიდევ მოქმედებს ორი ნორმატიული აქტი: (ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2004 წლის 23 იანვრის #25/ნ ბრძანება „სახელმწიფო სერტიფიკატის ახალი ვადით გასაგრძელებლად უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ექიმების მონაწილეობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების შესახებ“ და (ბ) 2005 წლის 1 ნოემბრის #274/ნ ბრძანება „უწყვეტი პროფესიული განვითარების ცალკეული კომპონენტის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების გარეშე სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელებისათვის საჭირო უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების მინიჭების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.

აღნიშნული აქტები უკვე სათაურიდან გამომდინარე, ეწინააღმდეგება საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 25-ე მუხლს, რომელიც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმსაზღვრელი სუბიექტების რესერტიფიცირებას არ ითვალისწინებს. აღნიშნული მუხლის თანახმად, სახელმწიფო სერტიფიკატი, მას შემდეგ, რაც ის მინიჭებული იქნება, მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით. შესაბამისად, უპგ-ს მოთხოვნების დაკმაყოფილება რესერტიფიცირების განმსაზღვრელი კრიტერიუმი არ არის.

მიუხედავად ამისა, ზემოაღნიშნული აქტები კანონმდებელს არ გაუუქმებია, რაც ქმნის ერთგვარ სირთულეს უპგ-ს როგორც პროფესიული განვითარების მექანიზმის გამოყენებისთვის.

ერთის მხრივ, კანონმდებელი უპგ-ს საექიმო საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად და ექიმების პროფესიული დახელოვნების აუცილებელ კომპონენტად აღიარებს და მას სახელმწიფო რეგულირების სფეროში აქცევს (სახელმწიფო ორგანოს – პროფესიული განვითარების საბჭოს აკისრებს უპგ ორგანიზების, მართვის, მონიტორინგის, უპგ პროგრამების აკრედიტაციის კრიტერიუმებისა და წესის განსაზღვრისა და ამ პროგრამების აკრედიტაციის ფუნქციას), რასაც თითქოს უპგ-ს სავალდებულოდ აღიარებამდე მიყვავართ; მეორე მხრივ კი აცხადებს, რომ უპგ ექიმის მხოლოდ უფლებაა და არა ვალდებულება. საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 29¹-ე მუხლის მიხედვით დამოუკიდებელი საქმიანობის სუბიექტს **შეუძლია** (ე.ი. ვალდებული არ არის) მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტის პროფესიული განვითარების სისტემაში, თავისი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა მიუსადაგოს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებს და გააუმჯობესოს ამ საქმიანობის ყველა ასპექტი.

ამრიგად, საქართველოში ექიმი, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, მხოლოდ ნებაყოფლობით მონაწილეობს უპგ აქტივობებში. აღნიშნულ აქტივობებში მონაწილეობა კი, მართალია, კანონმდებელს მისი საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად მიაჩნია, საბოლოოდ არანაირ კონკრეტულ სამართლებრივ შედეგთან არ არის დაკავშირებული.

რეკომენდაციები: უპგ-ს სავალდებულობა – ნებისმიერი გადანყვებითი უპგ სისტემის სავალდებულობასთან დაკავშირებით საჭიროებს არგუმენტებს და მტკიცებულებებს. უპგ-ს სავალდებულოდ მიჩნევის შემთხვევაში, უპგ ღონისძიებებში მონაწილეობა და შესაბამისი ქულების (კრედიტების) დაგროვება ექიმისათვის გარკვეული სამართლებრივი შედეგების დადგომას უნდა უკავშირდებოდეს (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატის შენარჩუნება, რესერტიფიცირება, შრომითი კონტრაქტის გაგრძელება და სხვ.). მხოლოდ ამის შემდგომ საჭიროა კანონმდებლობის მოყვანა შესაბამისობაში პოლიტიკის განსაზღვრულ მიმართულებასთან.

უპგ-ს შემდგომი რეგულირება – სამინისტროს/საბჭოს მიერ მიღებულ იქნას ნორმატიული აქტები, რომლებითაც განისაზღვრება უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმები და პროფესიული რეაბილიტაციის წესები, აგრეთვე აკრედიტაციის წესები და კრიტერიუმები. სასურველია სახელმწიფოს მხრიდან შემუშავდეს გარკვეული მოთხოვნები უპგ-ს მიმნოდებელთა მიმართაც. განისაზღვროს უპგ პროცესში ვის ენიჭება წამყვანი

როლი: სამედიცინო პროფესიულ ორგანიზაციებს, სამედიცინო სკოლებს და უნივერსიტეტებს, დამქირავებლებს თუ სახელმწიფო დაწესებულებებს. უნდა განისაზღვროს მიმწოდებელთა აკრედიტაციის კონკრეტული პროცედურა. თუ კანონმდებლის მიზანი უპგ–ს ნებაყოფლობითობაა, მაშინ მთავარი აქცენტი რეგულირებისათვის შესაძლებელია გადატანილ იქნას პროფესიულ ორგანიზაციებზე, რათა მათ შეიმუშავონ უპგ–ს ძირითადი სისტემა და სტანდარტები. ამ პროცესში სასურველია გათვალისწინებულ იქნას გლობალურ სტანდარტებში მოცემული მოთხოვნები, აგრეთვე, ევროპის ქვეყნების გამოცდილება.

ტერმინის დეფინიცია – სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება

კანონი:

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონი იძლევა ტერმინის – „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება“ შემდეგ დეფინიციას: უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც გულისხმობს ექიმის კლინიკური საქმიანობის ხარისხისა და გამოსავლის/შედეგების პერიოდულ შეფასებას და შესაბამისი ინდიკატორების ეტაპობრივ გაუმჯობესებას.

ანალიზი: აღნიშნული განმარტება არამართებულია. ტერმინი სამედიცინო მომსახურება უფრო მოცულობითია, ვიდრე ექიმის საქმიანობა. და არც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესებაა უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი. პირიქით, იგი თავის თავში მოიცავს უწყვეტ პროფესიული განვითარებას, რადგან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება გულისხმობს არა მხოლოდ ექიმის უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას, არამედ სამედიცინო მომსახურების პროცესის ყველა კომპონენტის უწყვეტ განვითარებას, ისე, რომ მაქსიმალურად უზრუნველყოფილ იქნას ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა და შენარჩუნება. ეს არის ინტერდისციპლინური პროცესი, რომლის მიზანია პრევენციული, დიაგნოსტიკური, თერაპიული და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების სტანდარტების ამალგებით ინდივიდისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტური სისტემის შექმნა, შენარჩუნება და გაუმჯობესება.

4.4. პაციენტთა ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ

პაციენტთა ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ ერთ-ერთი აუცილებელი და მნიშვნელოვანი უფლებათაგანია პაციენტის უფლებებს შორის. ამდენად, ამ უფლების სამართლებრივი განმტკიცება და განხორციელების მონიტორინგი აუცილებელია.

საქართველოს ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობით აღნიშნული საკითხის რეგულირება საჭიროებს სამართლებრივ დახვეწას და ახალი მექანიზმების შექმნას. კერძოდ, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ მართალია შეიცავს დამოუკიდებელ თავს ინფორმაციის მიღების უფლების შესახებ,²⁶ თუმცა შეინიშნება მთელი რიგი ხარვეზები.

26 სამედიცინო ეთიკის კოდექსი, ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია, 1957 (ბოლოს შესწორებულია 2001 წელს).

კანონში აღნიშნულია, რომ პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ:²⁷

- გაეცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვონ პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა. სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ახლად მიწოდებული ინფორმაცია;
- მოითხოვონ სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი.

მიიღოს ინფორმაცია:

- სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ;
- საქართველოს კანონმდებლობითა და სამედიცინო დანებსებულების შინაგანანესით განსაზღვრული პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;
- განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
- სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;
- განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
- განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;
- სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ.

აღნიშნული ჩანაწერით ჩამოთვლილ მთელ რიგ საკითხებზე პაციენტისათვის ინფორმაციის მიღების უფლების არსებობა მნიშვნელოვანია, თუმცა აქ შეინიშნება რამოდენიმე პრობლემა:

პირველი: – საკითხთა ჩამონათვალი რაზეც პაციენტს აქვს ინფორმაციის მიღების უფლება, ამომწურავად არის მოცემული, რაც ვფიქრობთ, რომ პაციენტის უფლების შეზღუდვას წარმოადგენს, რადგან აუცილებლად უნდა გაჩნდეს ჩანაწერი იმის თაობაზე, რომ პაციენტს მისი სამედიცინო ის-

²⁷ ჩამონათვალი კიდევ 35-მდე პუნქტია.

ტორიის, მკურნალობის პროცედურების და პიროვნებასთან დაკავშირებული სხვა სამედიცინო ხასიათის ნებისმიერი ინფორმაციის მიღების უფლება უნდა ქონდეს.

მეორე: – მართალია, ერთი მხრივ კანონი ანიჭებს უფლებას პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს ინფორმაციის მიღების თაობაზე, მაგრამ, მეორე მხრივ არსადაა დაფიქსირებული ვალდებულება სამედიცინო დაწესებულების ან სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ასეთი ინფორმაციის გაცემის თაობაზე.

პრობლემურ საკითხს წარმოადგენს პაციენტისათვის მისი **ჯანმრთელობის მდგომარეობის ან პაციენტთან სხვაგვარად დაკავშირებული სამედიცინო ხასიათის ინფორმაციის მიწოდების შეზღუდვის საკითხი**. კანონის „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მიხედვით – „პაციენტს შეიძლება არ მიენოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მიაყენებს. პაციენტს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაცია მიენოდება მხოლოდ მაშინ, თუ იგი ამას დაჟინებით მოითხოვს. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი მოცულობის შეზღუდვის გადაწყვეტილებას ადასტურებს სამედიცინო ეთიკის კომისია, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებაში ამ უკანასკნელის არარსებობისას – სხვა ექიმი.“²⁸

ზემოთ აღნიშნულ ჩანაწერში იკვეთება სამი პრობლემა:

1. დასაბუთებული ეჭვი აუცილებლად საჭიროებს განმარტებას. შესაძლებელია კანონში აღნიშნული ტერმინის განმარტება არ მოხდეს, მაგრამ აუცილებლად უნდა არსებობდეს ე.წ. სახელმძღვანელო პრინციპები (გაიდლაინები), რომელიც მინისტრის ბრძანებით უნდა დამტკიცდეს.
2. დაჟინებული მოთხოვნა – კანონშემოქმედებითი და იურიდიული ტექნიკის გამართულობის თვალსაზრისით აღნიშნული ტერმინი მიუღებელია. სრულიად საკმარისია მოთხოვნის არსებობა მისი ვარიაციების გარეშე.
3. ევროპული გამოცდილებით (მაგ. ფინეთის პაციენტთა უფლებების შესახებ აქტი), სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებულნი არიან დაწესებულებაში ჰქონდეთ სამედიცინო ომბუდსმენის თანამდებობა, რომელიც უზუნველყოფს პაციენტთა ინფორმირებას მათი უფლებების შესახებ და ასევე მონიტორინგს უწევს პაციენტთათვის ინფორმაციის მიწოდების პროცესს. პაციენტებს აქვთ შესაძლებლობა მიმართონ ზეპირი თუ წერილობითი საჩივრებით სამედიცინო ომბუდსმენს თუ ისინი უკმაყოფილონი არიან სამედიცინო მომსახურებით ან გააჩნიათ გარკვეული პრეტენზიები ამა თუ იმ ექიმის მიმართ.

²⁸ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის #128/ნ ბრძანება სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ, 2000.

ამგვარად, ზემოთ აღნიშნული მთელი რიგი სამართლებრივი საკითხების კორექტირების პარალელურად აუცილებელია სამედიცინო ომბუდსმენის ინსტიტუტის ჩამოსაყალიბებლად სამართლებრივი ჩარჩოს შექმნა, რაც იქნება მნიშვნელოვანი მექანიზმი მათი უფლებების შესახებ პაციენტთა ინფორმირებულობისა და უფლებების დაცვის თვალსაზრისით.

4.5. სამედიცინო მოწყობილობების უსაფრთხოება

4.5.1. კანონი:

არსებული ნორმატიული აქტები:

საქართველოს კანონი „პროდუქციის და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ“;	
საქართველოს კანონი „სტანდარტიზაციის შესახებ“	
საქართველოს კანონი „გაზომვათა ერთიანობის უზრუნველყოფის შესახებ“	
საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი	
საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 31 დეკემბრის #249 დადგენილებით დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულება	
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 10 დეკემბრის #318/6 ბრძანებით დამტკიცებული „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაციის წესი“	
საქართველოს ჯანმრთელობის მინისტრის 1999 წლის 6 იანვრის #1/ო ბრძანება	„ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების ექსპლუატაციისა და უსაფრთხოების, აგრეთვე მათი შესყიდვის სამუშაოების დადგენილ წესებთან შესაბამისობაში მოყვანის გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 4 მარტის #41/6 ბრძანება	„სამედიცინო რენტგენურ-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ“;
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 სექტემბრის #282/6 ბრძანება	„სისხლის გადასხმის დაწესებულებების ფუნქციონირებისათვის სავალდებულო ნორმატივების დამტკიცების შესახებ“;
საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 2 თებერვლის #29 დადგენილება	„სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის მომსახურების მინიმალური სტანდარტების დამტკიცების თაობაზე“;
საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N 359 დადგენილება	„მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“;
საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 25 აგვისტოს განკარგულება #1140	„სტანდარტიზაციის, აკრედიტაციის, შესაბამისობის შეფასების, ტექნიკური რეგლამენტებისა და მეტროლოგიის სფეროში საკანონმდებლო რეფორმის და ტექნიკური რეგლამენტის მიღების სამთავრობო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“

ბ. დეფინიცია

ტერმინის „სამედიცინო მოწყობილობები“ (ინგლისურად: „Medical Devices“) განმარტებას დიდი ყურადღება ექცევა მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში, რომელთაგან უმეტესობას აღნიშნული ტერმინი განმარტებული აქვს შიდა კანონმდებლობაში. ერთი-ერთი ყველაზე სრულყოფილი და ამომწურავია ევროპის კავშირში გამოყენებული ტერმინის განმარტება, რომელიც მოცემულია ევროკავშირის 2007/47 EC დირექტივაში.

საქართველოს კანონმდებლობაში სამედიცინო მოწყობილობების აღსანიშნავად გამოიყენება ტერმინი „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობა“, რომელიც განმარტებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 10 დეკემბრის #318/6 ბრძანებით დამტკიცებული „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაციის წესის“ მე-2 მუხლში. აღნიშნული განმარტების მიხედვით, **სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობა** არის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით სახელმწიფო რეგისტრაციას დაქვემდებარებული დაავადების პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და ავადმყოფის მოვლის და/ან ამ პროცესების უზრუნველყოფისათვის განკუთვნილი სამედიცინო ტექნიკური ნაწარმი (სამედიცინო ტექნიკური საქონელი): მათ შორის სამედიცინო ტექნიკა, აპარატები, ხელსაწყოები, მოწყობილობები, დანადგარები, კომპლექსები, ინსტრუმენტები, სამედიცინო ოპტიკური და საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმი, სახარჯი-დამხმარე მასალა, სამედიცინო ავეჯი, სამედიცინო ტანსაცმელი, სამედიცინო ჭურჭელი და ავადმყოფის მოვლის საგნები და სხვ.

როგორც ვხედავთ, აღნიშნული განმარტების მიხედვით, სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობა არის კრებითი ტერმინი და თავის თავში მოიცავს სამედიცინო მოწყობილობების აღმნიშნავ სხვა ისეთ ტერმინებს, როგორცაა: – „სამედიცინო ტექნიკა“, „სამედიცინო აპარატები და ხელსაწყოები“, „სამედიცინო მოწყობილობა“, „სამედიცინო კომპლექსები“, „სამედიცინო ინსტრუმენტები“, „სამედიცინო ოპტიკა“, „საპროთეზო-ორთოპედიული ნაწარმი“, „სახარჯი-დამხმარე მასალები“, „სამედიცინო ავეჯი“, „სამედიცინო ტანსაცმელი“, „სამედიცინო ჭურჭელი“, და „მოვლის საგნები“.

თითოეული ზემოაღნიშნული ტერმინი განმარტებულია ამავე ბრძანებით.

#318/6 ბრძანება განსახვავებს სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების ორ ჯგუფს: ერთჯერადი გამოყენების სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობებსა და მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობებს.

გ. კლასიფიკაცია

საქართველოს კანონმდებლობა არ შეიცავს მოთხოვნას სამედიცინო მოწყობილობების კლასიფიცირების შესახებ და არცერთ კანონსა და კანონქვემდებარე აქტში ამგვარი კლასიფიკაცია მოცემული არ არის. მაშინ, როცა სამედიცინო მოწყობილობების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზ-

ნით, მსოფლიოში აუცილებლად იქნა მიჩნეული მათი კლასიფიცირება ადამიანის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე აღნიშნული მონყობილობების გავლენის ხარისხის მიხედვით.

სამედიცინო მონყობილობების კლასიფიცირების კარგი მაგალითია კანადის, ამერიკის შეერთებული შტატებისა და ევროპის კავშირის მიერ შემუშავებული კლასიფიკაცია. აღნიშნული კლასიფიკაციით კანადაში სამედიცინო მონყობილობები 4 ჯგუფად იყოფა, აშშ-ში 3 ჯგუფად, ხოლო ევროპის კავშირს აქვს კატეგორიები: Class I (Is & Im), Class IIa, Class IIb, Class III.

ამერიკის შეერთებული შტატების მაგალითით თუ ვისარგებლებთ, პირველ კლასს მიეკუთვნება ისეთი სამედიცინო მონყობილობები, რომლებიც არ არის განკუთვნილი ადამიანის სასიცოცხლო ფუნქციების ხელშეწყობისა და შენარჩუნებისათვის და არ თამაშობს არსებით როლს ჯანმრთელობის დარღვევის თავიდან აცილების პროცესში. შესაბამისად, არ ქმნის ავადმყოფობის ან სხვაგვარი დაზიანების პოტენციურად მაღალ საფრთხეს (მაგ., ელასტიური ბანდაჟი, გამოსაკვლევი ხელთათმანები, ეტლი და სხვ.). ასეთი მონყობილობები ექვემდებარება მხოლოდ ხარისხის ზოგად კონტროლს და ხშირად გათავისუფლებულია უფრო მკაცრი რეგულირებისაგან.

მეორე კლასს მიეკუთვნება მონყობილობები, რომლებიც პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საშუალო ხარისხის რისკს ქმნის. ასეთი მონყობილობები ზოგადი კონტროლის გარდა სპეციალურ კონტროლს ექვემდებარება (მაგ., ამძრავიანი ეტლები, გადასხმის ტუმბოები). მათ უმეტესობას წაეყენება ისეთი მოთხოვნები, როგორცაა: ბაზარზე გამოსვლის ნებართვის მოპოვება, სპეციალური ეტიკეტის არსებობა, სპეციალურ სტანდარტებთან შესაბამისობა და ბაზარზე გამოსვლის შემდგომი დაკვირვების ობიექტად ყოფნა.

მესამე კლასს მიეკუთვნება ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის მაღალი რისკის შემცველი მონყობილობები. ისინი ბაზარზე გამოსვლამდე საჭიროებს ნებართვის მოპოვებას და, როგორც წესი, ექვემდებარება წინასწარ სამეცნიერო გამოკვლევებს მათი უსაფრთხოებისა და ეფექტიანობის დადგენის მიზნით. ამ კლასს უმეტესად ის მონყობილობები მიეკუთვნება, რომლებიც განკუთვნილია ადამიანის სასიცოცხლო ფუნქციების ხელშეწყობისა და შენარჩუნებისათვის ან თამაშობს არსებით როლს ჯანმრთელობის დარღვევის თავიდან აცილების პროცესში (მაგ: გადასანერგი პეისმეიკერები, პულსის გენერატორები, აივ სადიაგნოსტიკო ტესტები, აუტომატური გარე დეფიბრილატორები, სხვადასხვა იმპლანტატები).

საქართველოში პროდუქციის (პროდუქციაში მოიაზრება სამედიცინო მონყობილობებიც) კლასიფიცირების ერთგვარ მცდელობად შეიძლება მიჩნეულ იქნას პროდუქციის და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ საქართველოს კანონის ტერმინთა განმარტების მუხლში მოცემული „უსაფრთხო პროდუქციისა“ და „სახიფათო პროდუქციის“ განმარტებები. ამ კანონის მე-3 მუხლის თანახმად, უსაფრთხო პროდუქცია განმარტებულია, როგორც საქონელი ან მომსახურება, რომელიც ნორმალურად და გონივრულად გამოყენებისას არ შეიცავს რისკს ან შეიცავს მხოლოდ ადამიანთა უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი დონის გათვალისწინებით დასაშვებად მიჩნეულ, მინიმალურ რისკს; ხოლო სახიფათო პროდუქცია განმარტებულია, როგორც საქონელი ან მომსახურება, რომელიც არ შეესაბამება ამ მუხლში მოცემულ „უსაფრთხო პროდუქციის“ განმარტებას.

ამავე კანონის მე-6 მუხლის შესაბამისად, პროდუქციის უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი დონის განსაზღვრისას გათვალისწინებული უნდა იქნას:

ა) პროდუქციის მახასიათებლები, მათ შორის, მისი შემადგენლობის, შეფუთვის, აწყობისა და დაცვის შესახებ ინსტრუქციები;

ბ) გავლენა სხვა პროდუქციაზე, როდესაც სავარაუდოა მისი გამოყენება მათთან ერთად;

გ) პროდუქციის წარდგენა, ეტიკეტირება, ინსტრუქცია პროდუქციის გამოყენებისა და გაყიდვის შესახებ, ნებისმიერი სხვა ინფორმაცია ან მითითება, რომელსაც უზრუნველყოფს მწარმოებელი;

დ) მომხმარებელთა ის კატეგორია, რომელსაც ემუქრება საფრთხე პროდუქციის გამოყენების დროს, განსაკუთრებით – ბავშვები.

ამავე კანონის პირველი მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, კონკრეტული პროდუქციის უსაფრთხოების გარკვეული ასპექტები ან პროდუქციასთან დაკავშირებული რისკის ცალკეული კატეგორიები რეგულირდება ტექნიკური რეგლამენტებით, რომელსაც შეიმუშავენ შესაბამისი დარგობრივი სამინისტრო ან სხვა სახელმწიფო დაწესებულება. ტექნიკური რეგლამენტების შეიმუშავებისას მათ საფუძვლად უნდა გამოიყენონ ევროკავშირის სათანადო დირექტივები და სხვა ნორმატიული აქტები.

მიუხედავად კანონის მოთხოვნისა, ზემოაღნიშნული ტექნიკური რეგლამენტები სამედიცინო მონაცემებთან დაკავშირებით ამჟამად შეიმუშავებული არ არის. ტექნიკური რეგლამენტების გარეშე კი, უსაფრთხო და სახიფათო პროდუქციის განმარტებები საკმაოდ ზოგადი და არასრულია და შეუძლებელია გამოყენებულ იქნას სამედიცინო მონაცემების კლასიფიცირებისათვის.

დ. სტანდარტიზაცია, დაკალიბრება, შესაბამისობის დადგენა (სერტიფიცირება)

საერთაშორისო მოთხოვნები

ევროპის კავშირში მოქმედებს 1993 წლის დირექტივა 93/42/EEC სამედიცინო მონაცემების შესახებ, 1998 წლის დირექტივა 98/79/EC ინ-ვიტრო დიაგნოსტიკური სამედიცინო მონაცემების შესახებ; 1990 წლის დირექტივა 90/385/EEC აქტიურად იმპლანტირებადი სამედიცინო მონაცემების შესახებ, და სხვა მონათესავე დირექტივები, რომელთა მიზანია ევროპის ქვეყნებში სამედიცინო მონაცემებთან დაკავშირებული კანონების ჰარმონიზაცია. იმისათვის, რომ მწარმოებელმა კანონიერად განათავსოს თავისი სამედიცინო მონაცემობა ევროპის ბაზარზე, მან უნდა შეასრულოს ზემოაღნიშნული დირექტივების მოთხოვნები.

93/42/EEC დირექტივის თანახმად, ევროპის კავშირის ქვეყნებში სამედიცინო მონაცემობის გამოყენებისათვის საჭიროა მას ჰქონდეს შესაბამისობის სერტიფიკატი. აღნიშნული სერტიფიკატი გაიცემა სათანადო აკრედიტაციის მქონე საჯარო ან კერძო სამართლის იურიდიული პირის მიერ.

ნაკლები საშიშროების შემცველი მონყობილობები, რომლებიც პირველ კლასს მიეკუთვნება, შესაძლებელია თავად მწარმოებლის მიერ იყოს სერტიფიცირებული. ევროკავშირში სერტიფიცირებული სამედიცინო მონყობილობები ატარებს ნიშანს CE შეფუთვაზე. მათ აუცილებლად უნდა ახლდეს თან ჰარმონიზირებული პიქტოგრამები და სტანდარტიზებული ლოგოები, გამოყენების ინსტრუქცია, მოქმედების ვადა, მწარმოებლის რეკვიზიტები, მითითება, მონყობილობა სტერილურია თუ არა, შესაძლებელია თუ არა მისი მეორადი გამოყენება და ა.შ.

ევროპის კავშირის დირექტივების გარდა, მსოფლიოში ფართოდ გამოიყენება სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაციისა (ISO) და ევროპის სტანდარტიზაციის კომიტეტის (CEN) მიერ მიღებული სტანდარტები. ISO სტანდარტები სამედიცინო მონყობილობებისათვის მოცემულია ICS 11.100.20 და ICS 11.040 ჯგუფის სტანდარტებში. სამედიცინო მონყობილობების სფეროში ხარისხისა და რისკების მენეჯმენტის სისტემის რეგულირების მიზნებისათვის გამოიყენება ISO 13485 და ISO 14971. გარდა ამისა, არსებობს სტანდარტები ელექტრო მონყობილობებისათვის IEC 60601-1 და IEC 62304, და სამედიცინო მონყობილობების შეფუთვის სტანდარტები.

საქართველოს სტანდარტებად მიჩნეული საერთაშორისო სტანდარტების ნუსხა იხილეთ ქვემოთ.

საქართველო

1. სამედიცინო მონყობილობების სახელმწიფო რეგისტრაცია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 10 დეკემბრის #318/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაციის წესის“ მე-3 მუხლის შესაბამისად, საქართველოში აღმინის ორგანიზმზე შესაძლო მავნე ზემოქმედების მქონე სამამულო და უცხოური წარმოების, ახალი და მოდერნიზებული სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობები ექვემდებარება სახელმწიფო რეგისტრაციას.

სახელმწიფო რეგისტრაციას ახორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ტექნიკისა და ტენოლოგიების დეპარტამენტის მეშვეობით. დეპარტამენტი გასცემს სარეგისტრაციო მოწმობას. რეგისტრაციის შემდეგ სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობა შედის „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების სახელმწიფო რეგისტრში“ რომელსაც აწარმოებს დეპარტამენტი.

რეგისტრაციას დაქვემდებარებული ტექნიკური ნაკეთობების ნუსხას ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი, ტექნიკისა და ტენოლოგიების დეპარტამენტის წარდგინებით.

#318/ნ ბრძანებით გათვალისწინებული, სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაციის პროცედურები საქართველოში რეალურად არ ხორციელდება. საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 31 დეკემბრის #249 დადგენილებით დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების მიხედვით, სამინისტროს სისტემაში ტექნიკისა და ტექ-

ნოლოგიების დეპარტამენტი საერთოდ არ არსებობს და არც სამინისტროს კომპეტენციაში შედის სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაცია. არ არსებობს არც რეგისტრაციას დაქვემდებარებული სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების ნუსხა და არც რეგისტრირებული სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების სახელმწიფო რეესტრი.

უფრო მეტიც, #318/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაციის წესი“ წინააღმდეგობაში მოდის „პროდუქციის და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ“ საქართველოს კანონთან, რომელიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ სამედიცინო მოწყობილობების რეგისტრაციის ნაცვლად, აკრედიტებული ორგანოების მიერ ასეთი მოწყობილობების სერტიფიცირებას (ანუ ტექნიკურ რეგლამენტებთან შესაბამისობის შეფასებას) ითვალისწინებს.

2. ტექნიკური რეგლამენტები სამედიცინო მოწყობილობების შესახებ

პროდუქციის და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის შესაბამისად, პროდუქცია არის საქართველოს ბრუნვაში არსებული საქონელი ან მომსახურება, მიუხედავად იმისა, განკუთვნილია თუ არა იგი უშუალოდ მომხმარებლისათვის, რომელიც მიწოდებულია ან სხვაგვარად არის ხელმისაწვდომი კომერციული ან არაკომერციული მიზნებისათვის. აღნიშნული განმარტების თანახმად, პროდუქციის დეფინიციაში, და შესაბამისად, ამ კანონის რეგულირების სფეროში სამედიცინო მოწყობილობებიც მოიაზრება.

ამავე კანონის მე-7 მუხლის მიხედვით, მწარმოებელი ვალდებულია ბაზარზე გაიტანოს მხოლოდ უსაფრთხო პროდუქცია ანუ უსაფრთხო სამედიცინო მოწყობილობები.

კანონის პირველი მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, კონკრეტული პროდუქციის უსაფრთხოების გარკვეული ასპექტები ან პროდუქციასთან დაკავშირებული რისკის ცალკეული კატეგორიები რეგულირდება ტექნიკური რეგლამენტებით.

ამავე კანონის მე-3 მუხლის შესაბამისად, ტექნიკური რეგლამენტი არის დოკუმენტი, რომელიც განსაზღვრავს პროდუქციის მახასიათებლებს ან მასთან დაკავშირებულ პროცესებს და წარმოების მეთოდებს შესაბამისი ადმინისტრაციული დებულებების ჩათვლით, რომელთა დაცვაც სავალდებულოა. იგი ასევე შეიძლება მოიცავდეს ან უშუალოდ ეხებოდეს ტერმინოლოგიის, სიმბოლოების, შეფუთვის, ნიშანდების, ეტიკეტირების, პროდუქციასთან დაკავშირებული პროცესის ან წარმოების მეთოდის მიმართ არსებულ მოთხოვნებს.

ამავე კანონის მე-4 და მე-5 მუხლების მიხედვით, ტექნიკური რეგლამენტი მიიღება უსაფრთხოების, ადამიანთა და ცხოველთა სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის, მცენარეთა, გარემოს და საკუთრების დაცვის მიზნით, კონკრეტული პროდუქციის/საქონლის პარტიის მიმართ და მას შეიმუშავებს შესაბამისი სამინისტრო, სხვა სახელმწიფო დაწესებულება ან დამოუკიდებელი მარეგულირებელი ორგანო „ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონით დადგენილი წესით.

ამავე კანონის 30-ე მუხლის მიხედვით, საქართველოში მისაღები ტექნიკური რეგლამენტების ნუსხას შეიმუშავებს საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო დაინტერესებულ უწყებებთან შეთანხმებით.

კანონის მე-5 მუხლის მე-3 პუნქტის თანახმად, შესაძლებელია, საერთაშორისო ხელშეკრულებით, საქართველოს საკანონმდებლო აქტებით ან საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით აღიარებულ იქნას (ექვივალენტად მიღებულ იქნას) სხვა ქვეყნის ტექნიკური რეგლამენტები და გამოყენებული იქნას საქართველოში.

ამჟამად საქართველოში მისაღები ტექნიკური რეგლამენტების ნუსხა ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროს მიერ შეიმუშავებული არ არის. არ არსებობს, აგრეთვე, საქართველოს მიერ შეიმუშავებული ან ეკვივალენტად აღიარებული რაიმე ტექნიკური რეგლამენტი სამედიცინო მოწყობილობების შესახებ, გარდა „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N 359 დადგენილებისა, რომელიც მხოლოდ მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის გამწვან დაწესებულებებში განსათავსებელი სამედიცინო აპარატურის ჩამონათვალს შეიცავს.

სამედიცინო მოწყობილობების სერტიფიცირება

საქართველოს კანონის მე-8 მუხლის შესაბამისად, თუ რომელიმე პროდუქციის უსაფრთხოება რეგულირდება ტექნიკური ნორმებით, მწარმოებელი ვალდებულია ბაზარზე გაიტანოს ისეთი პროდუქცია, რომელიც შეესაბამება მისი მარეგულირებელი, საქართველოში მოქმედი ან აღიარებული ტექნიკური რეგლამენტების მოთხოვნებს და საქართველოში მოქმედ სხვა წესებსა და ნორმებს, რომლებიც ადგენს სავალდებულო მოთხოვნებს პროდუქციის მიმართ.

კანონის მე-13 მუხლის მიხედვით, პროდუქციის/საქონლის პარტიის ტექნიკურ რეგლამენტთან შესაბამისობის შეფასების პროცედურები დგინდება თვით ტექნიკური რეგლამენტით.

შესაბამისობის შეფასება ძირითადად ხორციელდება ორგვარად:

- 1 მწარმოებლის მიერ ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნებთან პროდუქციის შესაბამისობის დეკლარაციის მიღებით;
- 2 მწარმოებლის მიერ ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნებთან კონკრეტული პროდუქციის შესაბამისობის შეფასების მიზნით მისი აკრედიტებული სერტიფიკაციის ორგანოსათვის წარდგენით.

საქონლის პარტიის თავისებურებებიდან, მისი ტექნიკური სირთულისა და საფრთხის სიდიდიდან გამომდინარე, ტექნიკური რეგლამენტი უნდა ითვალისწინებდეს პროდუქციის ბაზარზე გატანამდე ჩასატარებელ შესაბამისობის შეფასების პროცედურათა შესაძლებელ ვარიანტებს.

კანონის მე-7 მუხლის თანახმად, აღიარებული ან ეკვივალენტად მიღებული ტექნიკური რეგლამენტის შესაბამისი პროდუქციის ბაზარზე განთავსება შესაძლებელია პროდუქციის წარმოების ქვეყანაში მიღებული შესაბამისობის შეფასების პროცედურით გათვალისწინებული შესაბამისობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარმოდგენის საფუძველზეც.

შესაბამისობის შეფასება ნებაყოფლობითია, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ასეთი შემთხვევები, ისევე და ისევე, უნდა განისაზღვროდეს ტექნიკური რეგლამენტებით.

შესაბამისობის შეფასებას (სერტიფიცირებას) ახდენს და შესაბამისობის სერტიფიკატს გაცემს მხოლოდ **აკრედიტებული ორგანო** – ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც აკრედიტებულია აკრედიტაციის ცენტრის მიერ. აკრედიტაციის ცენტრი არის საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირი. ამავე კანონის 21-ე მუხლის მიხედვით, ცენტრი აწარმოებს აკრედიტებული ორგანოების რეესტრს.

ამჟამად აკრედიტებული ორგანოების რეესტრში რეგისტრირებული არცერთი ფიზიკური ან იურიდიული პირი არ აწარმოებს სამედიცინო მოწყობილობების ტექნიკურ რეგლამენტებთან შესაბამისობის შეფასებას, სავარაუდოდ, შესაბამისი ტექნიკური რეგლამენტების არარსებობის გამო. ამრიგად, პროდუქციის და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ საქართველოს კანონის მოთხოვნის მიუხედავად საქართველოში სამედიცინო მოწყობილობების სერტიფიცირება არ ხორციელდება.

3. საქართველოს ბაზარზე გატანილი სამედიცინო მოწყობილობების ზედამხედველობა და კონტროლი

პროდუქციის და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ საქართველოს კანონის 25-ე მუხლის თანახმად, საქართველოს ბაზარზე გატანილ პროდუქციაზე ზედამხედველობას და კონტროლს ასორციელებს **კომპეტენტური ორგანო**.

კომპეტენტური ორგანოები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით ან ტექნიკური რეგლამენტებით.

ამჟამად საქართველოს ბაზარზე გატანილი სამედიცინო მოწყობილობების ზედამხედველობა და კონტროლი არ ხორციელდება, რადგან შესაბამისი კომპეტენტური ორგანო რომელიმე კანონით ან ტექნიკური რეგლამენტით განსაზღვრული არ არის.

4. სამედიცინო მონყობილობების შესახებ სტანდარტები და მათი გამოყენება

სამედიცინო მონყობილობების, როგორც პროდუქციის, დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამისობის საკითხს არეგულირებს საქართველოს კანონი სტანდარტიზაციის შესახებ.

აღნიშნული კანონის მე-2 მუხლის თანახმად, სტანდარტი არის უფლებამოსილი ორგანოს მიერ რეგისტრირებული საყოველთაო და მრავალჯერადი გამოყენებისათვის განკუთვნილი დოკუმენტი, რომელიც პროდუქციისათვის და მასთან დაკავშირებული წარმოების მეთოდებისათვის ადგენს წესებს, ზოგად პრინციპებს და მახასიათებლებს. სტანდარტი ასევე შეიძლება მოიცავდეს ტერმინოლოგიის, სიმბოლოების, შეფუთვის, ნიშანდების, ეტიკეტირებისადმი, პროცესის ან წარმოების მეთოდებისადმი არსებულ მოთხოვნებს.

ამავე კანონის მე-10 მუხლის შესაბამისად, **სტანდარტის გამოყენება სავალდებულოა მხოლოდ მაშინ, თუ იგი გათვალისწინებულია ტექნიკური რეგლამენტით.**

საქართველოში სტანდარტის რეგისტრაციას ახორციელებს საქართველოს სტანდარტების, ტექნიკური რეგლამენტებისა და მეტროლოგიის ეროვნული სააგენტო – საჯარო სამართლის იურიდიული პირი, რომლის საქმიანობაზე სახელმწიფო კონტროლს ახორციელებს საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო.

სააგენტოს მიერ რეგისტრირებული სტანდარტი ითვლება საქართველოს სტანდარტად.

სააგენტო აწარმოებს სტანდარტებისა და ტექნიკური რეგლამენტების რეესტრს, აგრეთვე, გაზომვის საშუალებების ტიპების რეესტრს.

სტანდარტებისა და ტექნიკური რეგლამენტების რეესტრში მოცემულია ეროვნული სტანდარტები და საერთაშორისო, სახელმწიფოთაშორისო სტანდარტები, რომლებიც მიჩნეულია საქართველოს სტანდარტებად.

სამედიცინო მონყობილობების სფეროში ეროვნულ სტანდარტებს შორის მითითებულია 2006 წელს საქართველოს სტანდარტების, ტექნიკური რეგლამენტებისა და მეტროლოგიის ეროვნული სააგენტოს მეტროლოგიის ინსტიტუტისა და სტანდარტებისა და ტექნიკური რეგლამენტების დეპარტამენტის მიერ რეგისტრირებული სტანდარტი სსტ 59:2006 „აპარატები სამედიცინო დიაგნოსტიკური ულტრაბგერითი სკანერები. დამონმების მეთოდიკა“.

სამედიცინო მონყობილობების სფეროში საქართველოს სტანდარტებად მიჩნეული საერთაშორისო სტანდარტების ნუსხაში მითითებულია:

ISO 15193:2006, ISO 15193:2007, ISO 15194:2006, ISO 15194:2007, ISO 17511:2007, ISO 18153:2007 in vitro დიაგნოსტიკური სამედიცინო მონყობილობებისათვის, ISO 13485:2006, ISO/TR 14969:2008, ISO 10079-1:2008, ISO 10993-3:2008, ISO 10993-4:2008, ISO 10993-5:2008, ISO 10993-7:2008, ISO

10993-9:2008, ISO 10993-10:2008; ISO 10993-11:2008, ISO 10993-12:2008, ISO 10993-15:2008, ISO 10993-16:2008, ISO 15223:2008,

EN 445-1:2010, EN 556-1:2010, EN 1422:2010+A1, EN 1707:2010, EN 12286:2010, EN 12287:2010, EN 12322:2010, EN 12470-1:2010, EN 12470-2:2010, EN 12470-3:2010, EN 12470-4:2010, EN 20594-1:2010, EN 27740:2010,

EN ISO 5359:2010, EN ISO 8185:2010, EN ISO 14 160:2010, EN ISO 14602:2010, EN ISO 14937:2010, EN ISO 15002:2010

თუმცა, არცერთი ზემოაღნიშნული სტანდარტის გამოყენება საქართველოში სავალდებულო არ არის, რადგან არ არსებობს ტექნიკური რეგლამენტები, რომლებიც ამ სტანდარტების გამოყენებას ითვალისწინებს.

5. სამედიცინო მონყობილობების დაკალიბრება

საქართველოში გამოყენებული გაზომვის საშუალებების დაკალიბრების საკითხს არეგულირებს საქართველოს კანონი „გაზომვათა ერთიანობის უზრუნველყოფის შესახებ“, თუმცა აღნიშნული კანონით დგინდება მხოლოდ ის დაკანონებული გაზომვის საშუალებები, რომლებიც გამოიყენება ადმინისტრაციული დაჯარიმების, საგადასახადო და სასამართლო ექსპერტიზის მიზნებისათვის.

კანონის მე-10 მუხლის შესაბამისად, დაკანონებული გაზომვის საშუალებები ექვემდებარება ტიპის დამტკიცებას, პირველად და პერიოდულ დამონმებას, რასაც ახორციელებს საქართველოს სტანდარტების, ტექნიკური რეგლამენტებისა და მეტროლოგიის ეროვნული სააგენტო ან სააგენტოს მიერ აკრედიტებული პირი. დამონმება ხორციელდება ტექნიკური რეგლამენტის საფუძველზე, რომელიც უნდა მოიცავდეს შესაბამისი გადანყვებილების მიღების, შეცვლის და გაუქმების მექანიზმებს. საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულების საფუძველზე სააგენტო ასევე, ვალდებულია აღიაროს საზღვარგარეთ დამტკიცებული ტიპი და პირველადი დამონმება და გასცეს შესაბამისი სერტიფიკატი.

აღნიშნული კანონის რეგულირების სფეროში სამედიცინო დანიშნულების გაზომვის საშუალებათა დამონმების საკითხი საერთოდ არ შედის. შესაბამისად, არ ხორციელდება არც სამედიცინო გაზომვის საშუალებათა ტიპის დამონმება და პირველადი და პერიოდული დამონმებები.

ამავე კანონის მე-16 მუხლის შესაბამისად, სახელმწიფო მეტროლოგიურ ზედამხედველობასა და კონტროლს უნდა ახორციელებდეს საქართველოს მთავრობის მიერ განსაზღვრული ორგანო. ასეთ ორგანოს, საქართველოს პრედიზენტის 2003 წლის 31 ივლისის #375 ბრძანებულების შესაბამისად, წარმოადგენდა სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სახელმწიფო დეპარტამენტის გამგებლობაში არსებული საქვეუნეებო დანესებულების პოდუქციისა და მომსახურეობის

უსაფრთხოების სახელმწიფო ზედამხედველობის ინსპექცია, რომელიც გაუქმებულია საქართველოს პრეზიდენტის 2004 წლის 4 ნოემბრის #483 ბრძანებულებით.

ამრიგად, საქართველოში თანმიმდევრულად არც სამედიცინო მონყობილობების მეტროლოგიური ზედამხედველობა და კონტროლი ხორციელდება.

6. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებული სხვა კანონები

არსებობს რამდენიმე ნორმატიული აქტი, რომელიც შეიცავს სამედიცინო მონყობილობებთან დაკავშირებულ გარკვეულ მოთხოვნებს.

ა) ერთ–ერთი მათგანია საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 2 თებერვლის #29 დადგენილება „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთათვის მომსახურების მინიმალური სტანდარტების დამტკიცების თაობაზე“.

აღნიშნული დადგენილებით დამტკიცებული მინიმალური სტანდარტების 24–ე პუნქტის შესაბამისად, ჰოსპიტალი უნდა იყოს აღჭურვილი აპარატურით, რომელსაც გააჩნია საერთაშორისო სერტიფიკატი ან/და შესაბამისი აკრედიტაციის მქონე ორგანოს მიერ გაცემული აპარატის დაკალიბრების სერტიფიკატი; აპარატი არ უნდა იყოს გამოშვებული 1998 წელზე ადრე.

გაუგებარია, ვინ ამოწმებს და გააჩნია თუ არა აპარატურას საერთაშორისო სერტიფიკატი და დაკალიბრების სერტიფიკატი, ან არის თუ არა გამოშვებული 1998 წლამდე და ა.შ.

ამავე სტანდარტების დანართი #2 შეიცავს დამატებით მოთხოვნებს იმ აპარატურისთვის, რომელიც განთავსებული უნდა იყოს 50 და მეტ სანოლიან ჰოსპიტლებში.

არსებობს ასევე, საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N359 დადგენილება „მალალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“.

რეგლამენტის მე–2 მუხლის შესაბამისად, რეგლამენტის მოთხოვნების შესრულების ზედამხედველობას ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო.

იმავე რეგლამენტის მე–13 მუხლით დადგენილია რა ტიპის აპარატურა უნდა იყოს განთავსებული მალალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის გამწვევ დაწესებულებებში, თუმცა სამედიცინო აპარატურის უსაფრთხოების მიმართ კონკრეტული მოთხოვნები გათვალისწინებული არ არის.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის შესაბამისად მიღებული უნდა ყოფილიყო, „სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულების პასპორტი“ – კადრების, ტექნიკური აღჭურვილობისა და ჩასატარებული სამუშაოს მოცულობის ამსახველი დოკუმენტი, რომელიც ჩვენს მიერ მოძიებულ ვერ იქნა.

ბ) ყველაზე უფრო სრულყოფილად გარკვეული ტიპის სამედიცინო მონყობილობების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ საკითხებს არეგულირებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 4 მარტის #41/ნ ბრძანება „სამედიცინო რენტგენურ–რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ“. აღნიშნული ბრძანებით, რომელიც 100–გვერდიანი მოცულობითი დოკუმენტია, დამტკიცებულია: (ა) ჰიგიენური მოთხოვნები რენტგენის კაბინეტების, აპარატების მონყობის, ექსპლუატაციისა და რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ჩატარებისადმი (სანიტარული წესები და ნორმები); (ბ) სამედიცინო დაწესებულებათა რადიოლოგიური განყოფილებების რადიაციული დიზომეტრული კონტროლის ორგანიზაცია და ჩატარება (მეთოდური მითითებები); და (გ) რადიოლოგიური გამოკვლევების დროს პაციენტის დასახივების ეფექტური ეკვივალენტური დოზების დადგენა და მათი საკონტროლო დონეები (მეთოდური მითითებები).

გ) გარკვეული ტიპის სამედიცინო მონყობილობების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ საკითხების დეტალურად რეგულირების მცდელობას შეიცავს ასევე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 სექტემბრის #282/ნ ბრძანება „სისხლის გადასხმის დაწესებულებების ფუნქციონირებისათვის სავალდებულო ნორმატივების დამტკიცების შესახებ“.

7. სამკურნალო–პროფილაქტიკური და სამეცნიერო–კვლევითი დაწესებულებების მიერ სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების შექმნა, ექსპლუატაცია და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

სამკურნალო–პროფილაქტიკური და სამეცნიერო–კვლევითი დაწესებულებების მიერ სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების შექმნის, ექსპლუატაციისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის საკითხს არეგულირებს საქართველოს ჯანმრთელობის მინისტრის 1999 წლის 6 იანვრის #1/ო ბრძანება „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების ექსპლუატაციისა და უსაფრთხოების, აგრეთვე მათი შესყიდვის სამუშაოების დადგენილ წესებთან შესაბამისობაში მოყვანის გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ“.

აღნიშნული ბრძანების თანახმად, საქართველოში არსებული ყველა სამკურნალო–პროფილაქტიკური და სამეცნიერო–კვლევითი დაწესებულებების ხელმძღვანელებს ევალებათ, განახორციელონ სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების შექმნა მხოლოდ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით ლიცენზირებული იურიდიული პირებისაგან (ლიცენზია „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების საბითუმო რეალიზაციაზე“). „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების საბითუმო რეალიზაციაზე“ ლიცენზიის გაცემის წესი ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი არ არის. აღნიშნული ლიცენზიის გაცემის საკითხი არც „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით რეგულირდება.

ამავე ბრძანების შესაბამისად, სამედიცინო დანიშნულების გაზომვის საშუალებების გამყიდველ იურიდიულ პირს ზემოაღნიშნულ ლიცენზიასთან ერთად, დამატებით უნდა გააჩნდეს სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სახელმწიფო დეპარტამენტის მიერ გაცემული სათანადო ნებართვა. სტანდარტიზაციის, მეტროლოგიისა და სერტიფიკაციის სახელმწიფო დეპარტამენტი აღარ არსებობს, ხოლო სსიპ საქართველოს სტანდარტების, ტექნიკური რეგლამენტებისა და მეტროლოგიის ეროვნული სააგენტო ასეთ ნებართვებს არ გაცემს.

აღნიშნული ბრძანების შესრულების კონტროლი ევალება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს კონტროლის ინსპექციას და სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების დეპარტამენტს. აღნიშნული უწყებები ამჟამად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში არ ფუნქციონირებს.

ამრიგად, ზემოაღნიშნული ბრძანების არცერთი პუნქტი რეალობასთან შესაბამისობაში არ არის.

8. პასუხისმგებლობა

სამოქალაქო კოდექსის 1009–1016 მუხლები არეგულირებს უხარისხო პროდუქტით გამოწვეული ზიანისათვის პროდუქტის მწარმოებლის პასუხისმგებლობას.

ამ კოდექსის მიხედვით პროდუქტად მიიჩნევა ყველა მოძრავი ნივთი, – მაშინაც, როცა იგი სხვა მოძრავი ან უძრავი ნივთის ნაწილს შეადგენს, ასევე – ელექტროდენი. მწარმოებლად კი მიიჩნევა პირი, ვინც აწარმოა საბოლოო პროდუქტი, ძირითადი ელემენტი ან პროდუქტის ნაწილი. მწარმოებლად ითვლება ასევე ყველა, ვინც საკუთარი სახელით, სასაქონლო ან სხვაგვარი განმასხვავებელი ნიშნით გამოდის, როგორც მწარმოებელი.

მწარმოებლად ითვლება აგრეთვე, პირი, რომელსაც სამეურნეო მიზნებით, თავისი საქმიანი მოღვაწეობის სფეროში, სამოქალაქო კოდექსით გათვალისწინებული პირობების დაცვით პროდუქტი გამოაქვს გაყიდვის, გაქირავების, ლიზინგის ან სხვა ფორმით.

სამოქალაქო კოდექსის თანახმად, პროდუქტი ითვლება უხარისხოდ, თუ იგი არ უზრუნველყოფს იმ საიმედოობას, რომელიც ყველა გარემოების გათვალისწინებით მოსალოდნელი იყო ამ პროდუქტისაგან.

უხარისხო პროდუქტით მიყენებული ზიანისათვის პასუხისმგებლობისას მტკიცების ტვირთი ეკისრება დაზარალებულს.

ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება ვრცელდება ზიანზე, რომელიც წარმოიშვა სიკვდილით, ან სხეულის ანდა ჯანმრთელობის დაზიანებით.

მოთხოვნის ხანდაზმულობის ვადა არის სამი წელი იმ მომენტიდან, როცა ზიანის ანაზღაურების უფლების მქონემ გაიგო ან უნდა გაეგო ზიანის, ნაკლის ანდა ზიანის ანაზღაურებაზე ვალდებული პირის შესახებ. მოთხოვნა ქარწყლდება ათი წლის შემდეგ იმ მომენტიდან, როცა მწარმოებელმა ზიანის გამომწვევი პროდუქტი სარეალიზაციოდ გაიტანა.

სამოქალაქო კოდექსის აღნიშნულ მუხლებში საქართველოს მთავრობის მიერ 2010 წლის 25 აგვისტოს მიღებული #1140 განკარგულებით გათვალისწინებულია ცვლილებების შეტანა, რომლებიც ძირითადად ეხება და აკონკრეტებს მწარმოებლის პასუხისმგებლობის გამომრიცხავ გარემოებებს.

9. სტანდარტიზაციის, აკრედიტაციის, შესაბამისობის შეფასების, ტექნიკური რეგლამენტირებისა და მეტროლოგიის სფეროში საკანონმდებლო რეფორმის და ტექნიკური რეგლამენტის მიღების სამთავრობო პროგრამით დაგეგმილი ღონისძიებები

2010 წლის 25 აგვისტოს საქართველოს მთავრობის მიერ მიღებულ იქნა განკარგულება #1140 „სტანდარტიზაციის, აკრედიტაციის, შესაბამისობის შეფასების, ტექნიკური რეგლამენტირებისა და მეტროლოგიის სფეროში საკანონმდებლო რეფორმის და ტექნიკური რეგლამენტის მიღების სამთავრობო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“. აღნიშნული პროგრამის თანახმად, სახელმწიფოს მიერ პროდუქციის უსაფრთხოებისა და თავისუფალი მიმოქცევის სფეროში არსებული კანონმდებლობის ანალიზის საფუძველზე (პროდუქციაში იგულისხმება სამედიცინო მონოპოლიზაციები) მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული ერთიანი „პროდუქციის უსაფრთხოებისა და თავისუფალი მიმოქცევის კოდექსის“ მიღება.

განკარგულების ტექსტის თანახმად, აღნიშნულ კოდექსზე მუშაობა უნდა დასრულებულიყო ჯერ კიდევ 2010 წლის ოქტომბერში.

კოდექსი უნდა მოიცავდეს ყველა სამართლებრივ საკითხს პროდუქციის უსაფრთხოებისა და ხარისხის ინფრასტრუქტურის შესახებ. იმავე განკარგულების მიხედვით, საქართველოს სურვილი აქვს, გადასინჯოს და შეცვალოს მოქმედი კანონმდებლობა იმგვარად, რომ შექმნას ერთიანი და ეფექტური ბაზა ხარისხის ინფრასტრუქტურის ადეკვატური დონის უზრუნველსაყოფად.

ზოგადი პრინციპები და დებულებები, რომლებიც უნდა შედიოდეს პროდუქციის უსაფრთხოებისა და თავისუფალი მიმოქცევის კოდექსში, მოცემულია თავად პროგრამაში.

ამავე პროგრამით გათვალისწინებულია სამედიცინო მონოპოლიზაციების სფეროში არსებულ ევროპის კავშირის დირექტივებთან, კერძოდ: სამედიცინო მონოპოლიზაციები 93/42/EEC, ინ-ვიტრო დიაგნოსტიკური სამედიცინო მონოპოლიზაციები 98/79/EC, აქტიურად იმპლანტირებადი სამედიცინო მონოპოლიზაციები 90/385/EEC და სხვა მონათესავე დირექტივები, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისობაში მოყვანა, რომელიც უნდა განხორციელდეს ეტაპობრივად. აღნიშნული დირექტივები მოცემულია „ახალი და გლობალური მიდგომების დირექტივების შემოღების ქვეპროგრამის“

მესამე ჯგუფში, რაც ითვალისწინებს მათ მიღებას მხოლოდ პირველ ჯგუფში მოცემული დირექტივების სრულად ინკორპორირება/მიღების შემდეგ. პირველი ჯგუფის დირექტივების ინკორპორირება/მიღება კი გათვალისწინებულია სტრატეგიისა და სამთავრობო პროგრამის მიღებიდან 36 თვეში.

რეკომენდაციები: დეფინიცია – სასურველია მრავალი ტერმინის განმარტების ნაცვლად შემოღებულ იქნას ერთი ტერმინი, რომელიც თავისი შინაარსით იქნება ევროპის კავშირის დირექტივებში გამოყენებული ტერმინის „სამედიცინო მოწყობილობები“ განმარტების ანალოგიური. ამასთან, სასურველია ტერმინის „სამედიცინო მოწყობილობები“ ან „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობები“ განმარტება მოცემული იყოს კანონში და არა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 10 დეკემბრის #318/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაციის წესი“, რომელიც, გარდა ტერმინთა განმარტებებისა, უმოქმედო დოკუმენტია, წინააღმდეგობაში მოდის აღნიშნული სფეროს მარეგულირებელ სხვა საკანონმდებლო და ნორმატიულ აქტებთან და გაუქმებას ექვემდებარება.

კლასიფიკაცია – სასურველია მოხდეს სამედიცინო მოწყობილობების კლასიფიცირება ევროპის კავშირში არსებული კლასიფიკაციის შესაბამისად. სამედიცინო მოწყობილობების კლასიფიცირება აუცილებელია პროდუქციისა და მომსახურების სერტიფიკაციის შესახებ საქართველოს კანონით განსაზღვრული წესით სამედიცინო მოწყობილობების სერტიფიცირებისათვის. იმის მიხედვით, რომელ კატეგორიაში აღმოჩნდება კონკრეტული სამედიცინო მოწყობილობა, მასზე გავრცელდება კანონით გათვალისწინებული სერტიფიცირების სხვადასხვა წესი. ნაკლებად სახიფათო მოწყობილობებისათვის საკმარისი იქნება მხოლოდ მწარმოებლის მიერ სერტიფიცირება. ამჟამად, იგულისხმება, რომ სამედიცინო მოწყობილობების კლასიფიცირება უნდა მოხდეს კონკრეტული ტექნიკური რეგლამენტებით. თუმცა, რამდენადაც სამედიცინო მოწყობილობების კლასიფიცირება უფრო ფართო მნიშვნელობის საკითხია, სასურველია, იგი მოხდეს ერთი ნორმატიული აქტით, იქნება ეს კანონი, რომელიც ასევე შეიცავს სამედიცინო მოწყობილობების განმარტებას, თუ ერთი ტექნიკური რეგლამენტი.

სამედიცინო მოწყობილობების სახელმწიფო რეგისტრაცია – სასურველია გაუქმდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 10 დეკემბრის #318/ნ ბრძანებით დამტკიცებული სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების რეგისტრაციის წესი, რომელიც უმოქმედოა და წინააღმდეგობაში მოდის აღნიშნული სფეროს მარეგულირებელი სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიულ აქტებით გათვალისწინებულ პროცედურებთან.

ტექნიკური რეგლამენტები სამედიცინო მოწყობილობების შესახებ – საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრომ დაინტერესებულ უწყებებთან შეთანხმებით შეიმუშავოს საქართველოში მისაღები (მათ შორის სამედიცინო მოწყობილობებთან დაკავშირებული) ტექნიკური რეგლამენტების ნუსხა.

მიღებულ იქნას სამედიცინო მონყობილობებთან დაკავშირებული ტექნიკური რეგლამენტები.

სამედიცინო მონყობილობების სერტიფიცირება – სამედიცინო მონყობილობებთან დაკავშირებული ტექნიკური რეგლამენტების მიღება საფუძველს მისცემს შესაბამისი აკრედიტებული ორგანოების გაჩენას, რომლებიც მოახდენენ სამედიცინო მონყობილობების ტექნიკურ რეგლამენტებთან შესაბამისობის შეფასებას და სათანადო სერტიფიკატის გაცემას.

ზედამხედველობა და კონტროლი – სასურველია, კანონით განისაზღვროს საქართველოს ბაზარზე გატანილ სამედიცინო მონყობილობებზე ზედამხედველობისა და კონტროლის განმახორციელებელი კომპეტენტური ორგანო.

სამედიცინო მონყობილობების შესახებ სტანდარტები – სასურველია, ტექნიკური რეგლამენტებით განისაზღვროს სამედიცინო მონყობილობებთან დაკავშირებით საქართველოს სტანდარტებად აღიარებული საერთაშორისო სტანდარტების სავალდებულო გამოყენება.

სამედიცინო მონყობილობების დაკალიბრება – სასურველია, გაზომვათა ერთიანობის შესახებ საქართველოს კანონის რეგულირების სფეროში მოექცეს სამედიცინო დანიშნულების გაზომვის საშუალებები, განისაზღვროს სამედიცინო მონყობილობებზე სახელმწიფო მეტროლოგიური ზედამხედველობისა და კონტროლის განმახორციელებელი დანესებულება და შესაბამისი ცვლილებები შევიდეს ზემოაღნიშნულ კანონში.

სამედიცინო მონყობილობების შექმნა, ექსპლუატაცია – სასურველია, გაუქმდეს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1999 წლის 6 იანვრის #1/ო ბრძანება, რომელიც უმოქმედოა.

პასუხისმგებლობა – სასურველია შევიდეს ისეთი ცვლილებები სამოქალაქო კოდექსში, რომლებიც სამედიცინო მონყობილობებით მიყენებული ზიანისათვის პასუხისმგებლობას უფრო დეტალურად დაარეგულირებს.

სამთავრობო პროგრამა – სასურველია სამთავრობო პროგრამით განისაზღვროს სამედიცინო მონყობილობებთან დაკავშირებით გათვალისწინებული ღონისძიებების განხორციელების კონკრეტული ვადები და რაც შეიძლება, სწრაფად განხორციელდეს პროგრამით გათვალისწინებული საკანონმდებლო ცვლილებები.

4.6. შესაძლებლობის შეზღუდვა, შეფასება, სტატუსის განსაზღვრა.

4.6.1. საკანონმდებლო რეგულაცია, არსებული მოდელი და მეთოდოლოგია

ცნობილია, რომ თავისი მნიშვნელობით შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის (შშს) დადგენას და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა (შშმპ) საჭიროების განსაზღვრას ცენტრალური ადგილი უკავია ამ სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებისა და სტრატეგიის არჩევის საქმეში.

დღეისათვის შშს-ს განსაზღვრის წესი, სტატუსის და საჭიროებების შეფასება საკანონმდებლო დონეზე რეგულირებდა 2001 წელს მიღებული კანონით სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ და 2003-2007 წლებში მიღებული ოთხი ნორმატიული აქტით. კანონი, რომელიც განსაზღვრავს სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის სამართლებრივ, ეკონომიკურ და ორგანიზაციულ საფუძვლებს და შშს-ის მინიჭების ინსტრუქცია თავისი შინაარსით განეკუთვნება შეზღუდული შესაძლებლობების შეფასების ე.წ. სამედიცინო მოდელს, რომელიც შეზღუდვას, ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის დროებით დაკარგვას განიხილავს, როგორც პრობლემას, რომელიც გამომწვეულია ჯანმრთელობის მოშლით და ძირითადად უნდა მოგვარდეს მკურნალობის გზით, რაც კარგად ჩანს კანონით განსაზღვრული შესაძლებლობის შეზღუდვის დეფინიაციაშიც.

კანონის თანახმად – შესაძლებლობის შეზღუდვა არის დაავადების, ტრავმის, ანატომიური ან გონებრივი დეფექტის შედეგად გამომწვეული ადამიანის ჯანმრთელობის მოშლა ორგანიზმის ფუნქციის მყარი დარღვევით, რაც განაპირობებს ქმედობაუნარიანობის დროებით ან მუდმივ შეზღუდვას, რის გამოც საჭირო ხდება მისი სოციალური დაცვა.

დეფინიციის იკვეთება ორი მთავარი ნაწილი: შესაძლებლობის შეზღუდვა, რომელიც განხილულია როგორც ჯანმრთელობის მოშლა და მისი შედეგი- ქმედუნარიანობის დაკარგვა. ამავე დროს ყურადღება არ ექცევა იმ რეალობას, რომ ფუნქციონირება და შესაძლებლობის შეზღუდვა წარმოადგენს კომპლექსურ ურთიერთქმედებას პიროვნების ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და გარემოს კონტექსტუალურ და პირად ფაქტორებს შორის. შედეგად, თუ პრობლემის გამოსწორება მკურნალობით ვერ ხერხდება, სამედიცინო მოდელის დროს სისტემა ან საერთოდ ვეღარ ხედავს შემთხვევას, ან მასთან დაკავშირებულ ყველა წარმოქმნილ პრობლემას მიაწერს არსებულ სტატისკურ სინდრომს.

კანონმდებლობით დადგენილი შშს-ს დადგენის ინსტრუქციის მიხედვით, სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტო არჩევს იმ სამედიცინო დანესებულებებს, რომელთაც გარკვეული ვადით (2 წლით) ეძლევათ უფლება ჩაატარონ შეფასება, ექსპერტიზა და სხვადასხვა ვადით დაადგინონ შეზღუდული შესაძლებლობის პირის სტატუსი. სამწუხაროდ ინსტრუქციაში არ არის მითითებული რა სტანდარტებზე ან პრინციპებზე დაყრდნობით ახდენს სააგენტოს უფროსის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით შექმნილი კომისია ამგვარი ორგანიზაციების შერჩევას. ამავე ინსტრუქციის მიხედვით განსაზღვრულია ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვის ხარისხი და დაკატეგორიები, ასევე იმ დაავადებების, ანატომიური და გონებრივი დეფექტების ნუსხა, რიმლებიც

შეიძლება გახდეს შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის მინიჭების საფუძველი, თუმცა არ უთითებს შეფასების რომელ მეთოდებს, პრინციპებს და ინსტრუმენტებს იყენებს შეფასებისას, ასევე პრაქტიკულად არ არის განსაზღვრული პროცესში ჩართული ადამიანური რესურსის კომპეტენციები, მაშინ როცა დეტალურად არის განსაზღვრული დაავადებათა კოდები და საექიმო სპეციალისტთა ნუსხა, რომლებიც უფლებამოსილი არიან მოახდინონ შეფასება სხვადასხვა ნოზოლოგიების მიხედვით.

როგორც უკვე ავლინებთ, სტატუსის განსაზღვრის მომქმედი წესი ძირითადად დაფუძნებულია მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ მიღებული დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციაზე (ICD-10), რომელიც თავისთავად არ არის ფუნქციონალური სტატუსის ინფორმაციის მატარებელი. იგი განსაზღვრავს ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მისი დარღვევის სახეს და არაფერს ამბობს ფუნქციონალური აქტივობის შეზღუდვასა და მონაწილეობის მიღების (სოციალიზაციის) პრობლემებზე. მართალია განსაზღვრის წესში გამოყოფილია ორგანიზმის ძირითადი ფუნქციების დარღვევის კატეგორიებიც, მაგრამ მათი ნუსხა ძალზედ მწირია, შეფასების ხარისხი კი მის სტრუქტურასა და პროცესში არსებული მრავალმხრივი პრობლემების გამო ძალზე დაბალია. სწორედ ამგვარი მეთოდოლოგიური არჩევანი განაპირობებს იმ ფაქტს, რომ შეფასების არსებული სისტემა შეზღუდულ შესაძლებლობის იდენტიფიცირებას ახდენს სხეულის ფუნქციების და/ან სტრუქტურის დარღვევების დროს, უფრო ნაკლებად ქმედების დარღვევებისას და პრაქტიკულად „ბრმა“ პირის სოციუმში მონაწილეობის შეზღუდვის შეფასებისას.

ზემოთ აღწერილი პრობლემების გამო, შეფასების სამედიცინო მოდელი არაადეკვატურია ადამიანის უფლებების დაცვის თვალსაზრისით და არახარჯთეფექტურია ძირითადად სოციალურ დახმარებებზე და სოციალური პროგრამებზე ორიენტირების გამო. შშს-ის აღწერისას სამედიცინო მოდელი და ნოზოლოგიაზე დაფუძნებული მეთოდოლოგია სტანდარტული სტრუქტურის, პროცესის და ენის არარსებობის გამო ვერ იძლევა იმ ხარისხისა და სანდოობის ინფორმაციას, რომელიც საშუალებას მისცემდა ამ დარგის სპეციალისტებს, მკვლევარებს, პოლიტიკოსებს და შშმპ-ს განალიზონ რეალური მდგომარეობა, დაგვეგონ აუცილებელი ცვლილებები, გაზომონ და შეადარონ მიღებული შედეგები.

4.6.2. რეკომენდაცია:

შშს-ის შეფასების სამედიცინო მოდელის ალტერნატივად მიჩნეულია ე.წ. სოციალური მოდელი, რომელიც შეიქმნა შშმპ-თა მიერ, ხოლო სხვადასხვა ხარისხითა და ინტენსივობით მისი დანერგვა აშშ-ში და ევროპაში დაიწყო ათეული წლის წინ. მთავარი ბიძგი ამგვარი მოდელის შექმნისთვის ითამაშა მთელს მსოფლიოში შშმპ-თა უფლებრივი საკითხების აქტუალიზაციამ და სამედიცინო მოდელის პირობებში დაგროვილი არასახარბიელო გამოცდილებამ.

სოციალური მოდელის ყველაზე რადიკალური ვარიანტის მიხედვით: შესაძლებლობის შეზღუდვა წარმოადგენს სოციალურად განპირობებულ მდგომარეობას და არა ადამიანებისათვის დამახასიათებელ შესაძლებელ ზოგად ნიშანს. იგი საჭიროებს პოლიტიკურ პასუხებს, რადგან პრობლემა

შექმნილია გარემომცველ გარემოში საჭირო პირობების ნაკლებობით, რაც თავის მხრივ გამოწვეულია ადეკვატური დამოკიდებულებების, ნების და სხვა ასპექტების არქონით.

უნდა აღინიშნოს, რომ სოციალური მოდელისთვის დამახასიათებელი ამგვარი რადიკალური მიდგომა, არანაკლები რისკის შემცველია. რეალურად არაქმედუნარიანობა ორივე მოდელისათვის დამახასიათებელი ფორმების და ნიშნების მატარებელია და ცვლილებების სტრატეგიის არჩევისას გადანყვეტილების მიმღებმა პირებმა ეს რეალობა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინონ. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნის მიერ აღებული საერთაშორისო ვალდებულებები და მწვავე რეალობები აშკარად უჩვენებს ცვლილებების აუცილებლობას, რის შედეგადაც სამედიცინო მოდელი აუცილებლად დაკარგავს დომინანტ მდგომარეობას, მისი კომპონენტების შენარჩუნება სრულიად აუცილებელია.

ჩვენი აზრით, შეფასების სოციალური მოდელზე გადასვლა, შშს-ის განსაზღვრის თანამედროვე მეთოდოლოგიის დანერგვა, ბუნებრივად მოითხოვს არსებული საკანონმდებლო რეგულაციის ძირფესვიან ცვლილებებს. საჭირო გახდება ახალი მოდელისთვის შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის შექმნა. ამავე დროს რეფორმირება შეუძლებელი იქნება სერიოზული ადმინისტრაციული და ფინანსური დანახარჯების გარეშე, რაც შეზღუდული ფინანსური რესურსების პირობებში საკმაოდ დიდ პრობლემას წარმოადგენს. ამიტომ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ცვლილებები დაიგეგმოს და განხორციელდეს ეტაპობრივად მიზნებისა და პრიორიტეტების და მიმართულებების სკურპულოზური ანალიზის შედეგად.

ახალი, ადეკვატური საკანონმდებლო ბაზის მომზადებამდე განსახორციელებელი პირველი რიგის ამოცანად მიგვაჩნია შშს-ის დადგენის ახალი მეთოდოლოგიის დანერგვა, კერძოდ, შშს-ის შეფასების პროცესში ფუნქციონირების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICF)-ის შემოტანა, რომელიც ითვლება ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ფუნქციონირებისა და უნარშეზღუდულობის ყველაზე ეფექტურ საზომად და ეფუძნება როგორც სოციალურ, ასევე სამედიცინო მოდელს. თავისთავად ICF არ არის უნარშეზღუდულობის საზომი საშუალება, ის შესაძლებლობის შეზღუდვას განსაზღვრავს, როგორც ცხოვრების სხვადასხვა სფეროში ფუნქციონირებას და ICD-10-გან განსხვავებით შეფასებისას ითვალისწინებს გარემო და პიროვნულ ფაქტორებს. რაც ძალზედ მნიშვნელოვანია ის ნეიტრალურია ეტიოლოგიის თვალსაზრისით, რაც დაინტერესებულ ინსტიტუციებს და პროფესიონალებს აძლევს საშუალებას გააკეთონ არაკაუზალური დასკვნები, მიიღონ და გასცენ ინფორმაცია გასაგებ, სტანდარტულ საერთაშორისო ენაზე.

შეფასების ახალ მეთოდოლოგიაზე გადასვლა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მოითხოვს შეფასების არსებული სისტემის სტრუქტურისა და პროცესის ძირეულ ცვლილებებს, კერძოდ ახლის პროფესიული სტანდარტების, შეფასების თანამედროვე საშუალებების და ცოდნის დანერგვას. როგორც ზემოთ უკვე ავღნიშნეთ გასატარებელი ცვლილებები ეხება ფუნქციონირებადი სისტემის პრაქტიკულად ყველა შრეს. ახალ მეთოდოლოგიაზე გადასვლა კი მოითხოვს რადიკალურ ცვლილებებს. ამიტომ მეტად მაღალია მოსალოდნელი დანაკარგებისა და გართულებების რისკი, რომელთა თავიდან აცილების მიზნით სასურველია სისტემის რეფორმირების დაწყებამდე ახალი სტრატეგიის და დეტალური სამოქმედო გეგმის შექმნა და დაინტერესებულ მხარეებთან კონსულტაციების გავლა.

საბოლოო ჯამში, მიგვაჩნია, რომ საჭიროა:

- 1) შშს-ის შეფასების ახალ მოდელში ფუნქციონირების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICF)-ის დანიშნულების და მოცულობის განსაზღვრა, პრიორიტეტების დადგენა.
- 2) შეფასების სოციალური მოდელის და ICF-ის დანერგვისთვის აუცილებელი სტრუქტურული და მეთოდოლოგიური ცვლილებების განხორციელება, სპეციალისტების მომზადება
- 3) შშს-ს შეფასების ახალი მოდელისთვის ადეკვატური ახალი საკანონმდებლო და ბაზის მომზადება.

5. სტირდება დაფიქრება, მერე დანარჩენი

5.1. პაციენტის უსაფრთხოება (Patient Safety)

5.1.1. პრობლემის არსი და მოკლე აღწერა:

პაციენტის უსაფრთხოება ნიშნავს პაციენტის მიმართ სამედიცინო მომსახურებიდან გამომდინარე და მასთან დაკავშირებული შეცდომებისა (შემდგომში „სამედიცინო შეცდომა“) და საზიანო (უარყოფითი) ზემოქმედების პრევენციას. პაციენტის თავისუფლებას იმ არააუცილებელი ან პოცენტრიცური ზიანისაგან, რომელიც სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირდება.

პაციენტის უსაფრთხოება ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხარისხის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი და ამ ხარისხის განმსაზღვრელი ერთ-ერთი მთავარი ინდიკატორია.

5.1.2. კანონი:

მიუხედავად ასეთი მნიშვნელობისა, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობაში პაციენტის უსაფრთხოებას, როგორც ცალკე აღებულს, თითქმის არანაირი ყურადღება არ ეთმობა. მეტიც, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედ კანონმდებლობაში საერთოდ არ მოიხსენება აღნიშნული ტერმინი. კანონმდებლობით არასრულად რეგულირებულია პაციენტის უსაფრთხოების ცალკეული კომპონენტები, როგორცაა სამედიცინო მონაცემების უსაფრთხოება, მცდარი სამედიცინო ქმედება (რომელის დეფინიციაც მოიცავს სამედიცინო შეცდომის დეფინიციის კომპონენტებს, თუმცა არ არის ნათლად გამოკვეთილი განსხვავება ამ ორ დეფინიციას შორის), მაგრამ არცერთ კანონში არ მოიპოვება დებულება, რომელიც დაინტერესებულ პირს, პაციენტის უსაფრთხოების, როგორც კონცეპტუალური საკითხის ქართული კანონმდებლობისეულ აღქმაზე მიანიშნებს.

ამავე დროს, მსოფლიოში პაციენტის უსაფრთხოებას უფრო და უფრო მეტი მნიშვნელობა ენიჭება. 1990 წლიდან ამ საკითხზე არაერთი კვლევა განახორციელა და მრავალი რეკომენდაცია შეიმუშავა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ, რომლის მონაცემებითაც სამედიცინო შეცდომის გამო მსოფლიოში ყოველი ათი პაციენტიდან ერთი ზიანდება. აღნიშნულის გამო მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია პაციენტის უსაფრთხოებას ენდემურ პრობლემას უწოდებს. 2002 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის წევრმა სახელმწიფოებმა მიიღეს მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეის რეზოლუცია პაციენტის უსაფრთხოების შესახებ. აღნიშნულ ორგანიზაციასთან იმავე წლიდან არსებობს პაციენტთა უსაფრთხოების მსოფლიო ალიანსიც. ინტენსიური ღონისძიებები ხორციელდება ცალკეული რეგიონალური ორგანიზაციების დონეზეც.

რეგიონული ინიციატივებიდან განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ევროპის კავშირის მიერ მიღებული რეგულაციები, კერძოდ: ევროკავშირის მინისტრთა საბჭოს 2009 წლის 9 ივნისის რეკომენდაცია პაციენტთა უსაფრთხოების, მათ შორის, სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის შესახებ. რეკომენდაციაში აღნიშნულია, რომ ევროკავშირის ოფიციალური მონაცემებით ევროპის ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების მიღებისას პაციენტების 8–12% ხდება პაციენტის უსაფრთხოების ნორმების დარღვევის მსხვერპლი. სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის მსხვერპლი ყოველწლიურად ხდება 4,1 მილიონი ადამიანი, რომელთაგან 37,000 იღუპება. აღნიშნულ დოკუმენტში მოცემულია 7 ზოგადი და 2 კონკრეტული რეკომენდაცია პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში.

5.1.3. ანალიზი:

პაციენტის უსაფრთხოების დარღვევა უმთავრესად ასოცირდება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შემდეგ ფაქტორებთან:

- 1 სამედიცინო აპარატურასთან (განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო აპარატურის 50% გამოუყენებადი ან ნაწილობრივ გამოყენებადია. ხშირად აპარატურის სათანადო გამოყენება ვერ ხერხდება შესაბამისი ცოდნის, გამოცდილებისა და პირობების არარსებობის გამო. შედეგად, დიაგნოსტიკური პროცედურები და კვლევები არაეფექტური და მცდარია, რასაც მოაქვს არასწორი და საზიანო დიაგნოზის დასმა და მკურნალობის შემუშავება, რომელიც საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას);
- 2 ფარმაცევტული პროდუქტის დანიშვნასთან, დამზადებასა და მოხმარებასთან;
- 3 ქირურგიულ შეცდომასთან (ქირურგიული შეცდომა სამედიცინო შეცდომის ყველაზე თვალსაჩინო და ადვილად გამოვლინებადი ფორმაა, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში იწვევს პაციენტის სიკვდილს ან დაინვალიდებას);
- 4 ანესთეზიასთან;
- 5 სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებულ ინფექციებთან/ხელის ჰიგიენასთან (მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით 1.4 მილიონი ადამიანი მსოფლიოში არის საავადმყოფოებიდან მიღებული ინფექციის მსხვერპლი. ხელის ჰიგიენა არის ყველაზე უფრო აუცილებელი ზომა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შესამცირებლად და ანტიმიკრობული რეზისტენტულობის გამოსამუშავებლად);
- 6 არაუსაფრთხო სისხლის პროდუქტებთან (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ყოველწლიურად არასწორად გაკეთებული ინექციით იღუპება 1.3 მილიონი ადამიანი, რაც დაკავშირებულია სისხლიდან ისეთი დაავადებების გავრცელებით, როგორცაა „ბ“ ჰეპატიტი, „ც“ ჰეპატიტი და აივ/შიდსი);

7 ორსულ ქალთა და ახალშობილთა უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ სფეციფიკურ ფაქტორებთან.

პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში განხორციელებული ღონისძიებების ძირითადი სახეებია:

- ანგარიშგება (რეპორტიინგი);
- ანალიზი;
- პრევენცია.

პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ღონისძიებების მიზანია იმ უარყოფითი (საზიანო) შედეგების თავიდან აცილება და გამოსწორება, რომლებიც გამომდინარეობს სამედიცინო მომსახურებიდან. ეს შედეგები მოიცავს „შეცდომას“ (errors), „სტანდარტიდან გადახვევას“ (deviations) და „შემთხვევას“ (accidents). უსაფრთხოების მისაღწევად საკმარისი არ არის ჯანდაცვის სისტემაში მხოლოდ ერთი რომელიმე კომპონენტის გამოსწორება. ის არ არის განპირობებული მხოლოდ ადამიანური ფაქტორით, ან მონყობილობით ან სისტემის რომელიმე ერთი რგოლის არასწორი მუშაობით. პაციენტის უსაფრთხოების გაუმჯობესება გულისხმობს პირველ რიგში იმის შესწავლას, როგორ აღმოცენდება იგი სხვადასხვა კომპონენტების ურთიერთქმედებათა შედეგად.

5.1.4. ღონისძიებები პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში

ანგარიშგება და ანალიზი

პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ღონისძიებების შემუშავების პროცესში ერთი-ერთი წამყვანი როლი ეკუთვნის ამერიკის შეერთებულ შტატებს, რომელმაც აღნიშნულ ღონისძიებებზე, განსაკუთრებით ანგარიშგებასთან და ანალიზთან დაკავშირებულ ღონისძიებებზე მუშაობისას პაციენტთა უსაფრთხოების კვლევის სფეროში ეფექტურად ჩათვალა ამერიკის საავიაციო უსაფრთხოების კვლევის სისტემის ანალოგის დანერგვა. აშშ-ს საავიაციო სისტემაში ინციდენტების დაბალი ხარისხი მნიშვნელოვანწილად განპირობებულია ორი ორგანიზაციის მუშაობით: ტრანსპორტის უსაფრთხოების ეროვნული საბჭოს – რომელიც აწარმოებს ავიაციის სფეროში მომხდარი ინციდენტების სავალდებულო გამოძიებას და საავიაციო უსაფრთხოების ანგარიშგების სისტემის – რომელიც სწავლობს ნებაყოფლობით მინოდებულ ანგარიშებს, რათა გამოავლინოს ავიაციაში არსებული ხარვეზები და დასახოს მათი გამოსწორების გზები მონაწილეთა დასჯის გარეშე.

სავიაციო და სამედიცინო პერსონალის საქმიანობაში ბევრი მსგავსება იქნა აღმოჩენილი. ორივე პროფესიის წარმომადგენლებს უნევთ საქმიანობა რთულ გარემოში, ურთიერთობა ტექნოლოგიებთან და არიან გადაღლილობის, სტრესის, საფრთხის, დაშვებულ შეცდომის შედეგად სიცოცხლისა და პრესტიჟის დაკარგვის საშიშროების წინაშე.

თუ მხედველობაში მივიღებთ ავიაციის რეკორდს ინციდენტების პრევენციაში (1 მილიონიდან 1 შემთხვევაში ხდება ადამიანი საავიაციო შეცდომის მსხვერპლი, მაშინ როცა 300–დან 1 შემთხვევაში ადამიანი ხდება სამედიცინო სფეროში პაციენტის უსაფრთხოების დარღვევის მსხვერპლი), აშშ-მ მიიჩნია, რომ მსგავსი ანგარიშების სისტემის დანერგვა სამედიცინო სფეროშიც ეფექტური იქნებოდა. კერძოდ, სავალდებულო ანგარიშების სისტემა მძიმე ინციდენტებთან დაკავშირებით და ნებაყოფლობითი (არა დასჯაზე დაფუძნებული) ანგარიშება, ტრენინგები და ინსტიტუციური მიდგომა ანგარიშების გაანალიზებისა და მიღებული ინფორმაციის განზოგადებისადმი სხვა ინციდენტებთან მიმართებაში. შედეგად, აშშ-ს ვეტერანთა საქმეების დეპარტამენტმა ნაციონალური აერონავტიკისა და სივრცის ადმინისტრაციასთან (შემდგომში „ნასა“) ერთად შეიმუშავა პაციენტთა უსაფრთხოების ანგარიშების სისტემა (შემდეგში „პუას“), რომელიც საავიაციო უსაფრთხოების ანგარიშების სისტემის მსგავსად ახორციელებს ნებაყოფლობითი, კონფიდენციალური ანგარიშების გაანალიზებას.

ამავე დროს აშშ-ში აქტიურად მიმდინარეობდა დებატები ფედერალურ დონეზე პაციენტთა უსაფრთხოების სფეროში სავალდებულო ანგარიშების არსებობა-არარსებობის მიზანშეწონილობის თაობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ 2005 წლისათვის 23 შტატში შემოღებულ იქნა სავალდებულო ანგარიშების სისტემა, ფედერალური მოთხოვნა სავალდებულო ანგარიშებაზე მაინც არ არსებობდა. საბოლოოდ, 2005 წელს აშშ-ს კონგრესმა მიიღო „პაციენტთა უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესების აქტი“ – კანონი, რომლითაც შეიქმნა ფედერალური ანგარიშების ბაზა. აღნიშნული კანონის მიხედვით, სავადმყოფოების ანგარიშები პაციენტებისათვის მიყენებული სერიოზული ზიანის შესახებ ნებაყოფლობითია და მათი მომზადება ხდება ხელშეკრულებით დაქირავებული პაციენტთა უსაფრთხოების ორგანიზაციების მიერ, რომლებიც აანალიზებენ შეცდომებს და შეიმუშავენ რეკომენდაციებს. ფედერალური მთავრობის ფუნქციაა მონაცემთა შეგროვების პროცესის კოორდინირება და ეროვნული ბაზის შენარჩუნება. ანგარიშებში მოცემული ფაქტები კონფიდენციალურია და არ შეიძლება გამოყენებულ იქნას პირთა პასუხისგებაში მისაცემად. ანგარიშის შედეგების კონფიდენციალური ხასიათი უკმაყოფილებას ინვესს საზოგადოებაში, თუმცა მათი გამოქვეყნება დღემდე მიზანშეწონილად არ მიიჩნევა.

2008 წლიდან აშშ-ს 35 შტატმა მიიღო კანონი, რომელიც საშუალებას აძლევს ექიმებს და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს, ბოდიში მოუხადონ პაციენტთა უსაფრთხოების დარღვევის მსხვერპლებს და მათ ოჯახებს და შესთავაზონ კომპენსაცია სასამართლო დავების გარეშე, რაც გულისხმობს იმას, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ საკუთარი შეცდომის აღიარების ფაქტი არ უნდა იქნას გამოყენებული მის მიმართ სასამართლოში საქმის დაწყების საფუძვლად და კომპენსაცია შესაძლებელია დადგინდეს სასამართლო დავის გარეშეც. აღნიშნული პრაქტიკა ფართოდ დანერგეს ისეთმა ცნობილმა სამედიცინო ცენტრებმა, როგორცაა ჯონ ჰოპკინსის სამედიცინო ცენტრი, ილინოისისა და სტენფორდის უნივერსიტეტები, ხოლო მიჩიგანის უნივერსიტეტმა აღნიშნული პრაქტიკის წყალობით მის მიმართ სასამართლო დავები 75%-ით შეამცირა, რითაც გაინახევრა აღნიშნულ დავებთან დაკავშირებული ხარჯები.

2003 წელს დანიის პარლამენტმა მიიღო პაციენტის უსაფრთხოების აქტი, რომლის შესაბამისადაც 2004 წლიდან დანიაში შემოღებულ იქნა სავალდებულო ანგარიშების სისტემა. აღნიშნული სისტე-

მა ავალდებულებს სამედიცინო პერსონალს დანიის ჯანმრთელობის ეროვნულ საბჭოს მიანოდოს ანგარიში პაციენტის უსაფრთხოების დარღვევის ყველა შემთხვევის შესახებ. სამედიცინო დანესებულებების ხელმძღვანელებს ევალებათ ანგარიშებში ასახულ ფაქტებზე რეაგირება, ხოლო ჯანმრთელობის ეროვნულ საბჭოს, ანგარიშების განზოგადება და საზოგადოების ინფორმირება. აკრძალულია ჯანდაცვის მუშაკების დასჯა ან დისციპლინურ პასუხისმგებლობაში მიცემა იმ ფაქტების გამო, რომელთა შესახებაც მათ მიუთითეს საკუთარ ანგარიშებში.

გაერთიანებულ სამეფოში პაციენტთა უსაფრთხოების ეროვნული სააგენტო ანალიზებს სამედიცინო შეცდომების შესახებ ნებაყოფლობით მიწოდებულ ანგარიშებს. ამავე დროს, გარკვეული ტიპის შემთხვევებზე ტარდება კონფიდენციალური გამოძიებაც. ასეთი შემთხვევებია: დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, 16 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა, სულით ავადმყოფთა სიკვდილიანობა, პერიოპერაციული (ოპერაციის დროს მომხდარი) და მოულოდნელი სიკვდილის შემთხვევები.

„ბენჯზე გადარჩენის“ (Near Miss) შემთხვევების რეპორტირება

ბენჯზე გადარჩენა არის დაუგეგმავი მოვლენა, რომელსაც არ მოჰყოლია ვინმეს დაზიანება, ავადმყოფობა, მაგრამ შესაძლოა მოჰყოლოდა. ბენჯზე გადარჩენის შემთხვევების რეპორტირება ავიაციაში, ისევე როგორც ტრასპორტის სხვა სფეროში, ასევე სახანძრო უსაფრთხოებაში რეპორტირების გავრცელებული სახეა, რომელიც ეხმარება შემთხვევების გაანალიზებით იმ შეცდომების წარმოჩენას, რომელიც საფრთხეს უქმნის ადამიანთა უსაფრთხოებას და სხვაგვარად ვერ იქნებოდა გამოვლენილი.

სამედიცინო საინფორმაციო ტექნოლოგია

სამედიცინო საინფორმაციო ტექნოლოგიების განვითარება მიჩნეულია ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ღონისძიებად, რომელსაც შეუძლია ჯანდაცვის სფეროში არსებული მრავალი შეცდომისა და ამ შეცდომებით გამოწვეული დანახარჯების არსებითი შემცირება. საინფორმაციო ტექნოლოგიის ფართოდ დანერგვას უპირველეს ყოვლისა ხელს უშლის ხარჯების გაღების აუცილებლობა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ხარჯების შედეგად პაციენტები უკეთეს მომსახურებას იღებენ და ამავე დროს მცირდება ამ მომსახურების ღირებულებაც. საინფორმაციო ტექნოლოგიას ასევე ძალუძს მანამდე შეუმჩნეველი შეცდომების გამოვლენა. სამედიცინო საინფორმაციო ტექნოლოგიის არსებობა ასევე ეფექტურია ფართო მასშტაბის ბუნებრივი კატასტროფების დროსაც, როცა იკარგება ქალაქებზე არსებული დოკუმენტაციის უდიდესი ნაწილი.

პაციენტის ხელნაწერი ისტორიების, არასტანდარტული აბრევიატურების და სხვ. ნაცვლად საინფორმაციო ტექნოლოგიების დანერგვა გულისხმობს პაციენტთა ელექტრონული ისტორიის შექმნას, წამლების ელექტრონულ გამონერას და სხვა ელექტრონულ ღონისძიებებს.

აშშ-ს მედიცინის ინსტიტუტის დასკვნით წამლების ელექტრონული გამონერა მიჩნეულია, რო-

გორც წამლების დანიშვნის დროს შეცდომის დაშვების ალბათობის პრევენციის საუკეთესო საშუალება.

თუმცა ამავე დროს, საცდელი კვლევები აჩვენებს, რომ სამედიცინო საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენება შეიცავს ახალი ტიპის საფრთხეებს. კერძოდ, ტექნოლოგიის არასწორმა გამოყენებამ, ტექნოლოგიის მიერ მონოდეზიანი ინფორმაციის სანდოობის გადაუმოწმებლობამ, ტექნოლოგიის მიერ ატეხილმა ცრუ განცხადებამ და ა.შ. შესაძლოა მოიტანოს კატასტროფული შედეგები.

გაიდლაინების გამოყენება

გაიდლაინების სწორად შემუშავება და გამოყენება პაციენტის უსაფრთხოების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ღონისძიებად არის მიჩნეული. თუმცა ამასაც აქვს თავისი უარყოფითი მხარეები.

პაციენტების ცნობიერების დონისა და ჩართულობის ამაღლება

ევროკავშირში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული შემთხვევები ხშირად მარტივად აცილებადია, თუ მოხდება მათი პრევენციის სწორი ღონისძიებების შერჩევა. პაციენტის უსაფრთხოების დაცვის პროცესში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება თავად პაციენტების განათლებასაც, როგორც პრევენციის საშუალებას. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის უფლებას იყოს ინფორმირებული და აქტიური მონაწილეობა მიიღოს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. ამჟამად ევროკავშირში მუშავდება გაიდლაინი, რა მინიმალური ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს პაციენტს სამედიცინო მომსახურების მუშაკის მიერ პაციენტის უსაფრთხოების საკითხებზე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია განსაკუთრებით მიუთითებს პაციენტის აქტიური როლის მნიშვნელობაზე ხელის ჰიგიენის ნახალისებასა და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციის პროცესში.

პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში ერთ-ერთი უახლესი დოკუმენტია 2010 წელს ევროპის ანესთეზიოლოგთა ორგანიზაციების მიერ მიღებული „ანასთეზიოლოგიაში პაციენტთა უსაფრთხოების ჰელსინკის დეკლარაცია“, რომელიც მოიცავს ზემოაღნიშნული ღონისძიებების უმრავლესობას.

5.1.5. რეკომენდაციები:

პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში საქართველომ სასურველია ჯერ ჩამოაყალიბოს სახელმწიფო პოლიტიკა, ხოლო შემდგომში მოხდეს კანონმდებლობის მოყვანა შესაბამისობაში ასეთ პოლიტიკასთან. ჩვენის აზრით, აღნიშნული საკითხისადმი მიდგომა უნდა მოიცავდეს მინიმუმ ორ მიმართულებას:

1. რეგულირება – რომელიც გულისხმობს კანონმდებლობის სრულყოფას პაციენტის უფლებებთან და პაციენტის უსაფრთხოებასთან მიმართებაში, აღნიშნულ სფეროში უფლებამოსილი უწყების განსაზღვრას და ეროვნული პოლიტიკისა და უსაფრთხოების სტანდარტების შექმნას;

2. იმპლემენტაცია – რომელიც გულისხმობს ისეთი პროექტებისა და ღონისძიებების განხორციელებას, რომლებიც მიმართულია პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული კონკრეტული რისკების აღმოფხვრისაკენ.

პაციენტის უსაფრთხოების გაუმჯობესების მიზნით განხორციელებული ღონისძიებები, სასურველია, რომ ითვალისწინებდეს:

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და უსაფრთხოების მონიტორინგის სისტემის შექმნას;
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის განვითარებას;
- ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდების უზრუნველყოფას;
- ანგარიშვალდებულების გაძლიერებას;
- კულტურის დანერგვას, რომ სამედიცინო მომსახურების მუშაკებმა და პაციენტებმა თავისუფლად, უშიშრად მოახდინონ სამედიცინო შეცდომებზე ანგარიშის მიწოდება;
- სამედიცინო გაიდლაინებში, კანონმდებლობაში, პოლიტიკის განმსაზღვრელ დოკუმენტებში პაციენტთა გამოცდილებისა და მოსაზრებების გათვალისწინებას;
- სამედიცინო დაწესებულებებში უსაფრთხოების კულტურის დანერგვას, რომელიც გულისხმობს:
 - მედიცინის ყველა მუშაკის (წინა ხაზზე მომუშავე პერსონალის, ექიმების, ადმინისტრატორების) მიერ საკუთარ უსაფრთხოებაზე, საკუთარი თანამშრომლების, პაციენტებისა და ვიზიტორების უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებლობის აღებას;
 - ფინანსურ და სხვა მიზნებზე მაღლა უსაფრთხოების ინტერესების დაყენებას;
 - უსაფრთხოების დარღვევის შემთხვევების იდენტიფიცირების, ანგარიშგებისა და გადანყვრის ინიციატივების წახალისებას;
 - ინციდენტების განზოგადებას და შეცდომებზე სწავლების ჩამოყალიბებას;
 - შესაბამისი რესურსების, სტრუქტურის და ანგარიშგების სისტემის შექმნას.

პაციენტთა უსაფრთხოების სფეროში ჩვენს მიერ ქვემოთ შემოთავაზებული კონკრეტული რეკომენდაციები ეფუძნება „პაციენტთა უსაფრთხოების, მათ შორის, სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის შესახებ ევროკავშირის მინისტრთა საბჭოს 2009 წლის 9 ივნისის რეკომენდაციებს“, რომლებიც ყველაზე უფრო სრულყოფილად ასახავს აღნიშნულ სფეროში სახელმწიფოს მიერ განსახორციელებელ ღონისძიებებს. აღნიშნული რეკომენდაციების მიხედვით, ყველა სახელმწიფომ, მათ შორის, საქართველომ, სასურველია განახორციელოს შემდეგი ღონისძიებები:

1. ეროვნული პოლიტიკისა და პროგრამების შემუშავება პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში, კერძოდ:

ა) აღნიშნულ სფეროში უფლებამოსილი უწყების განსაზღვრა ან შექმნა;

ბ) ეროვნული პოლიტიკისა და პროგრამული დოკუმენტების შექმნა, უსაფრთხოების

სტანდარტების შექმნა და მუდმივი დახვეწა;

გ) ყველა დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების წახალისება, რათა გაააქტიურონ საკუთარი როლი პაციენტის უსაფრთხოების შემთხვევების გამოვლენისა და ანგარიშგების პროცესში;

2. ზოგადად მოქალაქების, და პაციენტების ინფორმირება, კერძოდ:

ა) პაციენტის უფლებების დამცველი ორგანიზაციებისა და პაციენტების ჩართულობის

უზრუნველყოფა პაციენტის უსაფრთხოების პოლიტიკისა და პროგრამების, პაციენტის

უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავების პროცესში;

ბ) ინფორმაციის საჯაროდ გავრცელება იმ რისკების შესახებ, რომლებიც არსებობს პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით, პაციენტების ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ, ინფორმირებული თანხმობის მნიშვნელობის შესახებ;

გ) სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში პაციენტის აზრის გათვალისწინების კულტურის დანერგვა;

3. დასჯისაგან თავისუფალი ანგარიშგების სისტემის შექმნა და გაძლიერება, კერძოდ:

ა) ისეთი ანგარიშგების სისტემის შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო შეცდომის, მისი სახეებისა და მიზეზების, უარყოფითი (საზიანო) ზემოქმედებისა და „ბენჯზე გადარჩენის“ შემთხვევების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას;

ბ) ანგარიშგების პროცესის გამიჯვნის უზრუნველყოფა დისციპლინური და სამართლებრივი პასუხისმგებლობის სისტემისაგან; დისციპლინური და სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ფორმების დახვეწა;

4. ყველა დონეზე, მედიცინის მუშაკების განათლება და ტრენინგები პაციენტის უსაფრთხოების საკითხებზე;

5. პაციენტის უსაფრთხოების სფეროში საერთაშორისოდ მიღებული დეფინიციებისა და ტერმინოლოგიის დანერგვა, კერძოდ:

ა) მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული პაციენტის უსაფრთხოების საერთაშორისო კლასიფიკაციის დანერგვა;

6. ცოდნის, გამოცდილებისა და საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარება;

7. კვლევების განვითარება და ხელშეწყობა:

ა) პაციენტთა უსაფრთხოების სფეროში წარმოებული კვლევის მეთოდოლოგია სასურველია ეფუძნებოდეს შემდეგ 5 კომპონენტს:

- 1) ზიანის შეფასება;
- 2) მიზეზის გამოვლენა;
- 3) მიზეზის აღმოფხვრის გზების შემუშავება;
- 4) შედეგის შეფასება;
- 5) გამოვლენილი მიზეზის გაუვნებელოება, პაციენტისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა.

8. სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის მიღება და განხორციელება, კერძოდ:

ა) აღნიშნული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის მიზნით გაიდლაინებისა და რეკომენდაციების შემუშავება;

ბ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების დავალდებულება – ჰქონდეთ ინფექციების პრევენციებისა და კონტროლის პროგრამა, რომელიც მოიცავს ორგანიზაციულ და სტრუქტურულ ღონისძიებებს, დიაგნოსტიკურ, თერაპიულ, პაციენტთა განათლებისა და ინფორმირების პროცედურებს;

გ) მედიცინის მუშაკთა განათლება;

დ) საერთო და რეგიონალურ დონეზე ზედამხედველობის სისტემების შემუშავება.

აღნიშნული რეკომენდაციების ნაწილი გულისხმობს ცვლილებების განხორციელებას საკანონმდებლო სივრცეში.

5.2. მარგინალური ჯგუფების უფლებრივ-სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით

შესავალი

წინამდებარე თავი ეთმობა საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობაში მარგინალური ჯგუფების უფლებრივ-სამართლებრივი მდგომარეობის ანალიზს. ტერმინის „მარგინალური ჯგუფები“ არაერთგვაროვანი გაგება მოითხოვს დაზუსტდეს წინამდებარე ანალიზის ფარგლებში რა მოიაზრება ამ ტერმინის ქვეშ. ტერმინი „მარგინალური ჯგუფები“ მოცემულ შემთხვევაში გულისხმობს ფსიქო-აქტიური ნივთიერებების მომხმარებლებს და წამალდამოკიდებული პირებს, ფიზიკური და გონებრივი შესაძლებლობების შეზღუდვის მქონე პირებს, პალიატიურ პაციენტებს, აივ ინფიცირებულებს და შიდსის მქონე პირებს და პატიმრებს, იმ დაშვებით რომ ამ ჯგუფების კავშირი და ინტერაქციის ალბათობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან უფრო მაღალია, ვიდრე სხვა მარგინალიზებული ჯგუფებისა (ეთნიკური უმცირესობები, სექსუალური უმცირესობები, ღარიბები და სხვა).

წინამდებარე თავი მკითხველს შესთავაზოს მოსაზრება თუ რამდენად არის გათვალისწინებული მარგინალური ჯგუფების ინტერესები კანონმდებლობაში, არის თუ არა კანონმდებლობაში მოცემული მათი უფლებების და ინტერესების დაცვის საკმარისი გარანტიები და როგორია საერთაშორისო სამართლებრივი პრაქტიკა ამ კუთხით.

საერთაშორისო უფლებადაცვითი ორგანიზაციების ანგარიშების თანახმად, ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში მარგინალური ჯგუფების უფლებები ხშირად ირღვევა – სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ადგილი აქვს მომსახურებაზე უკანონოდ უარის თქმას, ინტერესების უგულებელყოფას, ინფორმაციის მიწოდების შეზღუდვას, იძულებით მკურნალობას და სხვა დარღვევებს. დარღვევების რისკი უფრო მაღალია მაშინ, როდესაც კანონმდებლობაში მარგინალური ჯგუფების ინტერესები და უფლებები დერეგულირებულია ან არსებული რეგულირება დისკრიმინაციულია.

საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა

იმისათვის, რომ შეფასდეს თუ რამდენად ითვალისწინებს საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა მარგინალური ჯგუფების ინტერესებს და იძლევა მათი უფლებადაცვის გარანტიებს, უპირველესად საჭიროა კანონმდებლობა წარმოვიდგინოთ სქემატურად (იხ. სქემა 1). საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების შესახებ შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის, ამ კანონისა და სხვა ნორმატიული აქტებისაგან. ვინაიდან წინამდებარე ანალიზში კონსტიტუციის და საერთაშორისო აქტების ანალიზი არ იქნება მოცემული, ქვემოთ მოცემულ სქემაში აღნიშნული დოკუმენტები არ არის ასახული როგორც ანალიზის ობიექტები.

ჯანდაცვის კანონმდებლობის ქუდს ქმნის კანონები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, საექიმო საქმიანობის შესახებ და კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ. მარგინალური ჯგუფების სხვადასხვა კატეგორიას ეხება ჯანდაცვის სფეროში არსებული სპეციალური კანონები – აივ ინფიცირებულების უფლებებს არეგულირებს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებებს არეგულირებს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, პალიატიურ პაციენტთა უფლებებს კანონები: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „პაციენტის უფლებების შესახებ“ წამალ დამოკიდებულ პირთა უფლებებს არეგულირებს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ, ხოლო პაციმრების უფლებებს (მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში) არეგულირებს პაციმრობის კოდექსი.

სქემა 1.

ზოგადი კანონები

1. კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ;
2. კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
3. საექიმო საქმიანობის შესახებ
4. პაციენტის უფლებების შესახებ.

საეციალური კანონები

კანონი აივ ინფექცია / შიდსის შესახებ

საეციალური კანონები

კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ

საეციალური კანონები

კანონი ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ

საეციალური კანონები

პატიმრობის კოდექსი

საეციალური კანონები

სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ

ქვემოთ მოცემული ანალიზი შეეხება ჯანდაცვის ზოგად კანონმდებლობას მარგინალურ ჯგუფებთან მიმართებაში.

კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ

კანონის მოქმედება ვრცელდება საქართველოს ტერიტორიაზე მყოფ ყველა ფიზიკურ და იურიდიულ პირზე. კანონმდებელი მე-2 თავში ახდენს ადამიანის უფლებების დეკლარირებას საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში, სადაც იკითხება, რომ საქართველოს ტერიტორიაზე მყოფი ყველა ადამიანის უფლებაა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში დაცული იყოს გადამდები დაავადებებისაგან, ასევე ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში. აღნიშნული დებულებები მნიშვნელოვანია პატიმრებთან, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებთან და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებთან (რომლებიც ხანგრძლივად რჩებიან დაწესებულებებში). აღნიშნული დებულებების განხორციელება ხშირად არასათანადოდ ხდება, რაც არღვევს ზემოთაღნიშნული მარგინალური ჯგუფების უფლებებს – დაწესებულებებში თავისუფლება შეზღუდული პირები და დე ფაქტო თავისუფლება შეზღუდული პირები ხშირად სწორედ გადამდები დაავადებებით ინფიცირდებიან რაც საპატიმრო, მზრუნველობის და სამკურნალო (რეზიდენციული ტიპის) დაწესებულებებისთვის დამახასიათებელია. აღნიშნული პრობლემა არ მიუთითებს კანონის ხარვეზზე, თუმცა ამავე კანონში მითითებული ნორმა, რომ მოთხოვნათა

შეუსრულებლობა ისჯება საქართველოს კანონმდებლობით არ არის სრულყოფილი და არ აზუსტებს თუ რა სანქციები ან სასჯელი არის გათვალისწინებული ზემოთ მოცემული პირობების დარღვევისათვის.

კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ ასევე შეეხება სპეციფიკური ინფექციების საკითხს და აკეთებს ზოგად დათქმას, რომ ამ სფეროში სახელმწიფო შეიმუშავებს პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის შემუშავებას და განხორციელებას. კანონში ასევე მოცემულია ზოგადი დებულება ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის შესახებ.

კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ მკაფიოდ განსაზღვრავს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრინციპებს, რისკებს და სახელმწიფოს ვალდებულებებს. მასში მოცემული ზოგადი დებულებები ფარავს მარგინალურ ჯგუფებსაც, თუმცა სპეციალური მითითება მარგინალურ ჯგუფებზე არ არის გაკეთებული. კანონის რეგულირების სფერო (საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა) არ წარმოშობს მარგინალური ჯგუფების შესახებ სპეციალური დებულებების დამატების აუცილებლობას, რადგან კანონი თანაბრად იცავს ყველა მოქალაქის უფლებას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში.

კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“

კანონი შეიცავს საკმაოდ ძლიერ, დეკლარაციული ხასიათის დებულებებს მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობის შესახებ, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის, პაციენტის პატივის, ღირსების და მისი ავტონომიის აღიარების, პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ პაციენტთა, აგრეთვე ამა თუ იმ დაავადების მქონე პირთა დისკრიმინაციისგან დაცვის შესახებ.

მე-2 თავი ეთმობა მოქალაქეთა უფლებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და კრძალავს ნებისმიერი სახის დისკრიმინაციას, აწესებს გარანტიებს ინფორმაციის მიღების, ინფორმირებული თანხმობის, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის არჩევის უფლების და სამედიცინო ჩარევაზე უარის თქმის შესახებ, ასევე შეეხება პატიმრობაში მყოფი პირების და ქმედუუნარო პაციენტების საკითხებს.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი მოიცავს როგორც ჯანდაცვის ორგანიზაციის საკითხებს, ასევე ჯანდაცვის ცალკეული მიმართულებების შესახებ ზოგად რეგულაციებს. იგი პრაქტიკულად „მონიშნავს“ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ყველა აქტუალურ საკითხსა და მიმართულებას, თუმცა მე-2 თავში მოცემული უფლებების აღწერის გარდა, მარგინალური ჯგუფების უფლებებზე აღნიშნულ კანონში არაფერია მოცემული. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონში უპირიანი იქნებოდა მარგინალური ჯგუფების შესახებ დეტალური რეგულირების ან უფლებადაცვითი გარანტიების შეტანა, თუმცა საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა მოიცავს სპეციალურ კანონებსაც, რომლის ამოცანაც არის ამა თუ იმ სფეროს საკანონმდებლო რეგულირება, რაც ანეიტრალებს ზოგად კანონებში მარგინალური ჯგუფების შესახებ დეტალური რეგულირების არსებობის აუცილებლობას.

მეორეს მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონში საჭიროა მოცემული იყოს უფლებრივი გარანტიები მარგინალური ჯგუფებისთვის, რადგან აღნიშნული ჯგუფების უფლებების დარღვევის რისკები მეტია.

კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ

საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონი არავითარ რეგულირებას მარგინალური ჯგუფების შესახებ არ შეიცავს. კანონში მოცემული ჩანაწერები იმის შესახებ, რომ საექიმო საქმიანობის სუბიექტი უნდა ხელმძღვანელობდეს მხოლოდ პროფესიული სტანდარტებით, ჰუმანიზმის პრინციპებით, საქართველოს კანონმდებლობით და პატივს სცემდეს პაციენტის ღირსებას, აღმსარებლობასა და ტრადიციებს – არასაკმარისია მარგინალური ჯგუფების უფლებადაცვითი გარანტიების უზრუნველსაყოფად.

სამწუხაროდ, უნდა აღინიშნოს, რომ სხვადასხვა ორგანიზაციების ანგარიშების მიხედვით მარგინალური ჯგუფების უფლებების დარღვევას ხშირად სწორედ სამედიცინო პერსონალის მხრიდან აქვს ადგილი. ამ მხრივ განსაკუთრებით მაღალი რისკები არსებობს თავისუფლების შეზღუდვის ადგილებში, საპატიმროებსა და ფსიქიატრიულ დანესებულებებში, ასევე ლტოლვილთა თავშესაფრებში და ბავშვზე ზრუნვის დანესებულებებში. საქართველოში, სახალხო დამცველის საპარლამენტო და სპეციალურ ანგარიშებში აღწერილია არაერთი უფლებადარღვევის ფაქტი, რომელშიც სამედიცინო პერსონალიც მონაწილეობს.

ვინაიდან საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონი არის ძირითადი კანონი, რომელიც საექიმო სუბიექტის საქმიანობის საკითხებს არეგულირებს, უპირიანი იქნება აღნიშნულ კანონში მოხდეს შესაბამისი დებულებების დამატება, რომელიც სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას მარგინალური ჯგუფების მიმართ გაუსვამს ხაზს.

კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონი არის მთავარი კანონი ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობაში, რომლის უშუალო მიზანიც არის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებების დაცვა, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა. შესაბამისად, აღნიშნული კანონი უნდა იყოს განხილული როგორც ცენტრალური დოკუმენტი, როდესაც საქმე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის და მათ შორის მარგინალური ჯგუფების უფლებების დაცვას ეხება.

კანონი კრძალავს ყოველგვარ დისკრიმინაციას და მკაფიოდ იცავს პაციენტის ძირითად უფლებებს ინფორმაციის ხელმისაწვდომობაზე, ინფორმირებულ თანხმობაზე, მკურნალობისა და მოვლის საუკეთესო ხელმისაწვდომ სტანდარტზე, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობაზე და პირადი ინფორმაციის კონფიდენციალობაზე.

ნიშანდობლივია, რომ ზემოთაღნიშნულ უფლებათა შესახებ დებულებების ჩამოყალიბების შემდეგ, კანონმდებელი ცალკე უთმობს ყურადღებას მონყვლად ჯგუფებს – კანონში მოცემულია სპეციალური მუხლები თავისუფლებააღკვეთილი პირების, ორსული და მეძუძური დედების, არასრულწლოვნების და სამხედრო მოსამსახურეების შესახებ. საინტერესოა გააზრებულ იქნას თუ რა არგუმენტების საფუძველზე მოხდა სპეციალური მუხლების შეტანა კანონში ჩამოთვლილი კატეგორიების შესახებ? თუ კანონმდებელი ხელმძღვანელობდა სოციალური მონყვლადობის კრიტერიუმით, მაშინ კანონში ასევე უნდა იყოს მოცემული სპეციალური მუხლები ხანდაზმულთა, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა და სხვა კატეგორიების შესახებ. ხოლო თუ კანონმდებელი ხელმძღვანელობდა უფლებადარღვევის მაღალი რისკ ჯგუფებით, მაშინ კანონში გამორჩენილია ისეთი მარგინალიზებული ჯგუფების ინტერესები როგორცაა აივ-ინფიცირებული პირები, წამალდამოკიდებული პირები და სხვა.

იმ დაშვებით, რომ „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პაციენტის უფლებების კუთხით ცენტრალური დოკუმენტია, უპირანი იქნება მისი რევიზია და დამატებების შეტანა რათა მოხდეს უფლებრივი გარანტიების შეტანა სხვა მარგინალური ჯგუფების შესახებაც. შეიძლება ითქვას, რომ ამჟამად კანონი არავითარ აქცენტს არ შეიცავს ისეთი მარგინალური ჯგუფების შესახებ (წამალდამოკიდებული პირები, აივ-ინფიცირებულები, შესაძლებლობების შეზღუდვის მქონე პირები), რომელთა უფლებების დარღვევის რისკიც სხვა ჯგუფებთან შედარებით მაღალია.

კანონი არ აწესებს არავითარ კონკრეტულ სანქციას და არ აკეთებს არანაირ მითითებას პაციენტის უფლებების ისეთ დარღვევებზე, როგორცაა სამედიცინო მომსახურებაზე უკანონოდ უარის თქმა, უგულვებლყოფა, იძულებითი მკურნალობა და სხვა.

მარგინალური ჯგუფების უფლებრივ-სამართლებრივ მდგომარეობას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დამატებით და გაცილებით დეტალურად არეგულირებს სპეციალური კანონები.

კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ

კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ შედარებით ახალი კანონია, იგი 2009 წელს იქნა მიღებული საქართველოს პარლამენტის მიერ.

კანონი აწესებს ადამიანის უფლებათა დაცვის მაღალ სტანდარტს და აღწერს აივ ინფიცირებულთა უფლებებს დიაგნოსტიკასთან, ინფორმაციის მიღებასთან, კონფიდენციალობასთან, არა-დისკრიმინაციასთან, მკურნალობასთან, მოვლასთან, დასაქმებასთან და სხვა უფლებებთან მიმართებაში.

მეორეს მხრივ კანონში არ არის მოცემული სანქციები აღნიშნული უფლებების დარღვევის გამო, ასევე არ არის მოცემული არანაირი მითითება საქართველოს კანონმდებლობაში სხვა კანონებზე, რომელთა რეგულირების სფეროსაც შეიძლება ამ შემთხვევაში სანქციები მიეკუთვნებოდეს. სამოქალაქო და სისხლის სამართლის კოდექსები არეგულირებს უფლებადარღვევის შემთხვევაში სამართლებრივ პოლიტიკას და პროცედურებს, თუმცა მკითხველისთვის, რომელიც იურისპრუდენციაში გარკვეული არ არის რთულია ეს კავშირები დაინახოს. ამასთანავე ამგვარი მითითება გაკეთებულია სხვა შემთხვევაში, როდესაც საუბარია აივ ინფიცირებულთა სამსახურიდან დათხოვნაზე. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს არაერთგვაროვან პრაქტიკას. კანონში ასევე არ არის მოცემული პროცედურა რომელსაც მოქალაქე (მაგ.: მარგინალური ჯგუფის წევრი) უფლებების დარღვევის შემთხვევაში მიმართავს. ასეთი პროცედურა საქართველოს კანონმდებლობაში განსაზღვრულია, თუმცა უპრიანია კანონი გარკვეულ მითითებას შეიცავდეს.

კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ

ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის მიზანია უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და აღნიშნულ პირთა უფლებების დაცვა. ეს კანონი 2006 წელს იქნა მიღებული და ჩაანაცვლა მისი წინამორბედი, რომელიც ადამიანის უფლებათა დაცვას ფსიქიატრიის სფეროში ვერ უზრუნველყოფდა.

შეიძლება ითქვას, რომ აღნიშნული კანონი არის ჯანდაცვის კანონმდებლობაში ერთადერთი, რომელიც გარდა იმისა, რომ დეტალურად აღწერს და იცავს ფსიქიატრიული დახმარების სფეროში ადამიანის უფლებებს, ასევე ყურადღებას ამახვილებს სხვადასხვა ჯგუფების ინტერესებსა და უფლებებზე (პათიმრობაში მყოფი პირები, არაიდენტიფიცირებული პირები, წამალდამოკიდებული პირები და სხვა). კანონი მოიცავს ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების (მათ შორის არანებაყოფლობითი მოტავსების) პროცედურის აღწერას.

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი შეიძლება იყოს მოდელი, როგორც ჯანდაცვის ზოგადი კანონების, ასევე სპეციალური კანონების შესადგენად ან განსაახლებლად, რადგან მასში რეგულირების სფერო შედარებით სრულყოფილად არის მოცული და დებულებები შეეხება როგორც უშუალო ინტერესთა ჯგუფს (პაციენტს, პოტენციურ პაციენტს), ასევე სამედიცინო პერსონალს და მის ინტერესებს, აღწერს პროცედურებს (თუ რა წესებით მოქმედებენ მხარეები) და იძლევა პროცესის (ფსიქიატრიული დახმარების განევა) ნათელ სურათს.

პატიმრობის კოდექსი

პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ჯანმრთელობის უფლებას და ამ უფლების განხორციელებას არეგულირებს პატიმრობის კოდექსი. პატიმრობის კოდექსი 2010 წელს იქნა მიღებული საქართველოს პარლამენტის მიერ.

ბრალდებულის/მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის დაცვის უფლება რეგულირდება პატიმრობის კოდექსის 24-ე, 119-ე, 120-ე, 121-ე და 122-ე მუხლებით. პატიმრობის კოდექსის თანახმად თავისუფლება აღკვეთილ პირს უფლება აქვს გაიაროს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება (სავალდებულოა), ისარგებლოს საჭირო სამედიცინო მომსახურებით რომელიც შეესაბამება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ქვეყანაში დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნებს და მოთხოვნის შემთხვევაში დეპარტამენტის თავმჯდომარის ნებართვით საკუთარი სახსრებით მოიწვიოს პირადი ექიმი. კანონში მოცემულია სპეციალური მუხლი, რომელიც არეგულირებს ბრალდებულის/მსჯავრდებულის ხელმისაწვდომობას ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე.

უფლებადაცვითი თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია, რომ პატიმრობის კოდექსი ადგენს ხელმისაწვდომობის გარანტიას სამედიცინო მომსახურების ისეთ სტანდარტზე, რომელიც შეესაბამება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ქვეყანაში დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნებს. რეალურ ცხოვრებაში ამ დებულების რეალიზება რთულდება და ადგილი აქვს ადამიანის უფლებების დარღვევებს¹ რაც სისტემის მწირი რესურსების, პერსონალის არასაკმარისი კვალიფიკაციის და გასაჩივრებისა და რეაგირების მექანიზმების არაეფექტურობას უკავშირდება. კანონიც მეტად მწირ რეგულირებას იძლევა ამ მიმართულებებით.

კანონი „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებები რეგულირდება აღნიშნული კანონით. სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ კანონი ამკვიდრებს სტატუსის შეფასების სამედიცინო მოდელს, რომელიც მოძველებულია და არასაკმარისად ითვლება ადამიანის უფლებების დაცვის თვალსაზრისით.

აღნიშნულ საკითხთან მიმართებაში დეტალური ანალიზი და რეკომენდაციები მოცემულია ამავე ანგარიშის 4.6 თავში – შესაძლებლობის შეზღუდვა, შეფასება, სტატუსის განსაზღვრა, რის გამოც წინამდებარე ანალიზში განმეორებითი განხილვა აღარ იქნება წარმოდგენილი.

კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“

ანტინარკოტიკული კანონმდებლობის მიზანია ხელი შეუწყოს ნარკოტიკების მოხმარების პირველად პრევენციას, უზრუნველყოს წამალდამოკიდებულ პირთათვის ხელმისაწვდომობა მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე, ასევე მოახდინოს ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირების რეგულირება.

საქართველოს ანტინარკოტიკული კანონმდებლობა რამდენიმე მიმართულებით საჭიროებს დახვეწას:

ა) კანონი არ არის შესაბამისობაში მოყვანილი გაეროს ანტინარკოტიკულ კონვენციებთან; (ფსიქოაქტიური ნივთიერებების სიების და ღოზების მოყვანა შესაბამისობაში საერთაშორისო სტანდარტებთან);

ბ) სისხლის სამართლებრივი რეგულირება ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებლებისთვის მკაცრია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ქვეყანაში მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სერვისების უტილიზაცია და ხარისხი დაბალია;

საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ შეიცავს ზოგად დებულებებს ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ კანონი ნარკომანიას განმარტავს როგორც დაავადებას, რომელიც ხასიათდება ნარკოტიკული საშუალებების მიღებისადმი მზარდი, დაუძლეველი სურვილით მათ მიმართ ჩამოყალიბებული ფსიქიკური ან/და ფიზიკური დამოკიდებულების გამო და ასევე შემოაქვს ნარკომანიით დაავადებული პირის ცნება – კანონი არ შეიცავს დებულებებს ნარკომანიით დაავადებული პირის უფლებების შესახებ. კანონის ტექსტის კითხვისას ნათელია, რომ იგი ვერ უზრუნველყოფს ვერანაირ უფლებადაცვით გარანტიებს წამალდამოკიდებულ პირთათვის და არ ანიჭებს მათ რაიმე სამართლებრივ სტატუსს, რომლის საფუძველზეც წამალდამოკიდებული პირები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში „გადამისამართებიან“ და არა სისხლის სამართლის სისტემაში. ნარკოკანონმდებლობის სისხლის სამართლის და ადმინისტრაციული ნაწილი გაცილებით ძლიერი და სრულყოფილია, ვიდრე ჯანდაცვის კანონმდებლობის შესაბამისი ნაწილი, რის გამო წამალდამოკიდებულ პირებს ძირითადი და პირველადი შეხება სამართალდამცავ სისტემასთან უხდებათ. ასეთი დისბალანსი ბუნებრივია აძლიერებს საზოგადოების უსაფრთხოების პოლიტიკას და ასუსტებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკას.

უპრიანია განხორციელდეს ანტინარკოტიკული კანონმდებლობის კომპლექსური რეფორმა და ამ რეფორმის ფარგლებში კანონმდებლობაში გაჩნდეს წამალდამოკიდებულ პირთა უფლებების დაცვის მეტი გარანტია.

საერთაშორისო პრაქტიკა

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის დაცვის ფედერალური კანონმდებლობა მარგინალური ჯგუფების შესახებ სპეციალურ კანონს არ შეიცავს. მარგინალური ჯგუფების უფლებებს იცავს როგორც ამერიკის კონსტიტუცია, ასევე ჯანდაცვის სფეროში არსებული ცალკეული კანონები.

აშშ კანონმდებლობის ანალოგიურად არც დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობა შეიცავს სპეციალურ კანონს მარგინალური ჯგუფების შესახებ, თუმცა მარგინალური ჯგუფების უფლებები სათანადოდ არის ასახული და დაცული ჯანდაცვის კანონებში.

დასკვნები და რეკომენდაციები

საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობის ანალიზით ირკვევა, რომ მარგინალური ჯგუფების უფლებები ჯანდაცვის ზოგად კანონებში ცალკე არ არის გამოყოფილი. მარგინალური ჯგუფების უფლებებს და სამართლებრივ სტატუსს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სპეციალური კანონები არეგულირებს. სპეციალურ კანონებში მოცემული დებულებები მეტწილად დეკლარაციულ და ზოგად ხასიათს ატარებს და არასაკმარისია იმ რისკების პრევენციისთვის, რომელიც მარგინალური ჯგუფების უფლებების დარღვევის კუთხით არსებობს. სპეციალური კანონები უფრო მეტად ორიენტირებულია სფეროს სამართლებრივ-ორგანიზაციული ჩარჩოს შექმნაზე, ვიდრე აღნიშნულ სფეროებში ადამიანის უფლებების დაცვაზე. სპეციალურ კანონებში მარგინალური ჯგუფების დეკლარირებული უფლებების დაცვის მექანიზმები ბუნდოვანია.

- საჭიროა ჯანმრთელობის დაცვის ზოგად კანონებში მარგინალური ჯგუფების შესახებ დებულებების შეტანა (დეკლარაციული ხასიათის დებულებები);
- საჭიროა ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალურ კანონებში „კანონის წრეში“ მყოფი მარგინალური ჯგუფების უფლებების უფრო მკაფიო ასახვა, რეალური მექანიზმების აღწერა ან მითითება და პასუხისმგებელი ორგანოს წარმოჩენა.

მარგინალური ჯგუფების მხარდასაჭერად, სასურველია მოხდეს კანონმდებლობის რევიზია და ცვლილება, თუმცა ამგვარი ცვლილებები არ უნდა უწყობდეს ხელს ამ ჯგუფების სტიგმატიზებას ან პოზიტიურ დისკრიმინაციას.

5.3. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივ-სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოს კანონმდებლობისა და საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით

წინამდებარე ანალიზში განხილულია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივი მდგომარეობა საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით. ასევე კეთდება შედარება ამერიკის შეერთებულ შტატებში არსებულ სამართლებრივ ჩარჩოსა და ევროგაერთიანების წევრი ქვეყნის, ჩეხეთის რესპუბლიკის კანონმდებლობის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივი მდგომარეობის Status Quo-ს შორის. ანალიზის ბოლოში დასკვნის სახით მოცემულია კონკრეტული რეკომენდაციები ქართველი კანონმდებლებისთვის შემდგომი საკანონმდებლო ცვლილებების განხორციელების მიზნით.

1. საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა

საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობა პრაქტიკულად არ არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივ მდგომარეობას. კანონმდებლობაში მოცემულია მხოლოდ ექიმთა უფლებრივ მდგომარეობის განმსაზღვრელი ძალიან მწირე ნორმები. გვხვდება ერთი შეხედვით გარკვეული უფლების შემცველი დებულებები, თუმცა მათი შინაარსობრივი დატვირთვა უფრო ვალდებულებითი ხასიათისაა, ვიდრე უფლებრივი. მაგალითისათვის, საქართველოს კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ – ექიმს უფლება აქვს სამედიცინო დახმარება აღმოუჩინოს პაციენტს, თუ იგი, ხოლო მისი ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, მოითხოვს ამას ან ნებას რთავს ექიმს გაუწიოს სამედიცინო დახმარება; აგრეთვე, ნაგულისხმები თანხმობის შემთხვევაში, როცა ქმედუწარსიანი პაციენტი არ გამოხატავს რაიმე ფორმით წინააღმდეგობას სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას.

ასევე გვხვდება სხვა შინაარსის მუხლიც, რომელიც ექიმს უფლებას აძლევს უარი თქვას სამედიცინო დახმარებაზე, მხოლოდ გარკვეულ შემთხვევებში –

ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ:

ა) არსებობს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა და არ აღინიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა ან პაციენტი არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;

ბ) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას ექიმის სიცოცხლეს რეალური საფრთხე ემუქრება.

ჯანდაცვის კანონში ასევე ვხვდებით ექიმის უფლებას პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე, გამოწეროს და/ან დანიშნოს ნებისმიერი აპრობირებული მედიკამენტი და მკურნალობის მეთოდი.

სამწუხაროდ ჯანდაცვის სხვა კანონებში ექიმის უფლებრივი მდგომარეობის შესახებ არაფერია ნათქვამი.

2. აშშ-ს სამართლებრივი რეგულირების მექანიზმები

ამერიკის შეერთებული შტატების საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობის დაზღვევის მარეგულირებელი კანონმდებლობა შეიცავს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მნიშვნელოვანი დაცვის მექანიზმებს ჯანდაცვის გეგმაში მონაწილეობის, საკონტრაქტო ურთიერთობების, დავების წარმოების და ფინანსური ანგარიშსწორების კუთხით ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციებთან(HMO) და სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის თვალსაზრისით.

ასევე საინტერესოა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივი მდგომარეობის რეგულირება მათ რწმენასთან, სინდისთან თუ აღმსარებლობასთან მიმართებაში.

2.1. მონაწილეობა ჯანდაცვის გეგმაში

აშშ-ს უმრავლეს შტატში ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციები და სადაზღვევო კომპანიები ვალდებული არიან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს მათი მოთხოვნის საფუძველზე შეეყვანონ ისინი ჯანდაცვის გეგმაში, შესაბამისად ჯანდაცვის ნებისმიერ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს უფლება აქვს მოითხოვოს ჯანდაცვის გეგმის ფარგლებში მოქცევა.

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციები ვალდებული არიან შესთავაზონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს ისეთი ჯანდაცვის გეგმა, რომელიც ერთის მხრივ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების უფლებების მაქსიმალურ დაცვას და მეორეს მხრივ მოხდეს პაციენტთა უფლებების მაქსიმალურ რეალიზაციას.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს მინიმალური საკვალიფიკაციო მოთხოვნების დაკმაყოფილების შემდეგ უფლება აქვთ ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციებისა და სადაზღვევო კომპანიებისგან დროულად (მაგრამ არაუგვიანეს 90 დღისა) მიიღონ ჯანდაცვის დამტკიცებულ გეგმაში მონაწილეობის მარეგულირებელი კონტრაქტი.

2.2. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის კონტრაქტი

2.2.1. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის კონტრაქტის ძირითადი დებულებები

აშშ-ს კანონმდებლობით ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციები და სადაზღვევო კომპანიები ვალდებული არიან შეიტანონ შემდეგი ძირითადი პუნქტები სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის კონტრაქტში:

- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ფინანსური ანგარიშსწორების მეთოდოლოგია, მათ შორის, ნებისმიერი დაგეგმილი თუ დაუგეგმავი ანგარიშსწორება;
- ფინანსური კალკულაციების უზრუნველსაყოფად განსაზღვრული დრო, ანგარიშსწორების თარიღი და ფინანსური ვალდებულებების კონკრეტული მოცულობები;
- ფინანსური კალკულაციების სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისათვის გასაგები სახით განმარტება და აღნიშნული კალკულაციების სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისათვის ხელმისაწვდომობა;
- ნებისმიერი დავის მოგვარების, არასწორი ან არასრული ინფორმაციის გამოსწორების და ასეთი სახით არსებული ინფორმაციის საფუძველზე გაკეთებული არასწორი ან არასრული კალკულაციების თავიდან აცილების/რეგულირების პროცედურები;
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის უფლება ნებისმიერ საკითხთან მიმართებაში წარმოშობილი დავა გადაწყვიტოს არბიტრაჟის მეშვეობით;
- ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციებსა და სადაზღვევო კომპანიებს არ აქვთ უფლება პასუხისმგებლობა დააკისრონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს ჯანდაცვის გეგმით გამოწვეული ნებისმერი ქმედების ან შეცდომისათვის.

2.2.2. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის კონტრაქტის შეწყვეტა

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციებსა და სადაზღვევო კომპანიებს არ აქვს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან დადებული ჯანდაცვის კონტრაქტის შეწყვეტის უფლება. კონტრაქტით დამტკიცებული ჯანდაცვის გეგმა აძლევს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს უფლებას მოსთხოვოს ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციას ან სადაზღვევო კომპანიას კონტრაქტის შეწყვეტის საფუძველი წარუდგინოს წერილობითი ფორმით, მათ შორის დავის შესაძლო მოგვარებისა და გასაჩივრების მექანიზმების მითითებით.

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციებმა და სადაზღვევო კომპანიებმა კონტრაქტის შეწყვეტის საფუძველებში აუცილებლად უნდა მიუთითონ:

- კონტრაქტის შეწყვეტის კონკრეტული საფუძველები;
- მითითება იმის შესახებ, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს უფლება აქვს მოითხოვოს გადაწყვეტილების გადახედვა სპეციალურად მონვეული, ჯანდაცვის გეგმით განსაზღვრული კომისიის წინაშე;

- გადანყვეტილების გასაჩივრებისა და საკითხის სპეციალური კომისიის წინაშე განხილვის მოთხოვნის ვადები.
- ასევე განსაზღვრულია სპეციალური კომისიის შექმნის პროცედურები და მოთხოვნები:
- სპეციალური კომისია უნდა შედგებოდეს 3 წევრისგან, რომელიც წინასწარ არის განსაზღვრული ჯანდაცვის გეგმით. კომისიის ერთი წევრი მაინც უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის სპეციალობის ან მსგავსი სპეციალობის მქონე. სპეციალური კომისიის შემადგენლობა შესაძლოა იყოს სამზე მეტი, თუმცა 2/3 აუცილებლად უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან გათანაბრებული პროფესიისა და კვალიფიკაციის მქონე;
- კომისიამ უნდა მიიღოს წერილობითი გადანყვეტილება გონივრულ ვადებში. გადანყვეტილება შეიძლება მოიცავდეს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის თანამდებობაზე აღდგენას/პირვანდელ მდგომარეობაში დაბრუნებას, პირობით აღდგენას ან მასთან ხელშეკრულების შეწყვეტას.
- გადანყვეტილება ხელშეკრულების შეწყვეტის შესახებ ძალაში შედის მისი ჩაბარებიდან მხოლოდ 60 დღის შემდეგ.

2.2.3. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის კონტრაქტის განუახლებლობა

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს უფლება აქვს არ გაანახლოს ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციასთან ან სადაზღვევო კომპანიასთან დადებული კონტრაქტი, რის შესახებაც მან 60 დღით ადრე შეტყობინება უნდა გაუგზავნოს მეორე მხარეს.

2.3. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების დამატებითი უფლებამოსილებები

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს უფლება აქვს ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციას ან სადაზღვევო კომპანიას მოსთხოვოს:

- ჯანდაცვის გეგმით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის საქმიანობისა და საექიმო პრაქტიკის შეფასების კრიტერიუმების გაცნობა;
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის საქმიანობის შეფასების მეთოდოლოგიის ჩამოყალიბებამდე ჯანდაცვის სპეციალისტებთან კონსულტირება;
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის საქმიანობის შეფასება დადგენილი კრიტერიუმებისა და სხვა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების შეფასების იდენტური მიდგო-

მების გამოყენებით, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების პაციენტთა ტიპობრიობისა და რაოდენობის გათვალისწინებით;

- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ საკუთარ პაციენტთა სპეფიკურობის და თავისებურებების გაცნობა ჯანდაცვის კონტრაქტის გადახედვა-გაუმჯობესების კუთხით;

ზემოთ აღნიშნული უფლებების პარალელურად ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციას ან სადაზღვევო კომპანიას უფლება არ აქვს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს გაუუქმოს ან უარი უთხრას კონტრაქტის გაგრძელებაზე შემდეგი გარემოებების საფუძველზე:

- პაციენტის ინტერესების დაცვის მიზნით;
- ჯანდაცვის გეგმის გასაჩივრების მიზნით;
- ჯანდაცვის გეგმის საფუძველზე მიღებული გადაწყვეტილების გამო;
- შესაბამის სახელმწიფო უწყებებისათვის ჯანდაცვის გეგმასთან დაკავშირებით ინფორმაციის მიწოდების ან მათთან საჩივრის შეტანის გამო.

2.4. პაციენტის მკურნალობა

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციას ან სადაზღვევო კომპანიას უფლება არ აქვს აუკრძალოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს პაციენტის ინფორმირება მოახდინოს შემდეგზე:

- მკურნალობის ყველა შესაძლო სახეზე, რაც შეესაბამება პაციენტის მდგომარეობას, მათ შორის ისეთი სახის მკურნალობაზე, რომელიც არ არის გათვალისწინებული ჯანდაცვის გეგმით;
- პაციენტის ჯანდაცვის გეგმის იმ დებულებებსა და პირობებზე, რომელიც მის ჯანმრთელობას ეხება.

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციას ან სადაზღვევო კომპანიას უფლება არ აქვს აუკრძალოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შესაბამის სახელმწიფო სტრუქტურებში საჩივრის შეტანა პოლიტიკისა და პროცედურების იმ პრინციპებზე, რამაც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის შეხედულებით შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს მკურნალობის ხარისხზე ან ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაზე.

ასევე ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციას ან სადაზღვევო კომპანიას უფლება არ აქვს აუკრძალოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს საკუთარი პაციენტის ინტერესების ლობირება კონკრეტული მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით, პაციენტის დეტალური კონსულტი-

რება მის მკურნალობასთან დაკავშირებულ ნებისმიერ საკითხზე, მათ შორის პაციენტის ნებართვის საფუძველზე, მისი სახელით საჩივრის შეტანა პაციენტის უფლებების დაცვის მიზნით.

2.5. ჯანდაცვის დავების განხილვა

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციები და სადაზღვევო კომპანიები ვალდებული არიან მიიღონ და განიხილონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მხრიდან წარდგენილი ჯანდაცვის ნებისმიერი საჩივარი ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის პროცედურებისა და სახელმძღვანელო წესების შესაბამისად.

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციები და სადაზღვევო კომპანიები ასევე იღებენ ვალდებულებას, საჩივრების სწრაფი და ეფექტური ადმინისტრირებისათვის უზრუნველყონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები. შესაბამისი ტექნიკური საშუალებებით, მათ შორის სპეციალური კომპიუტერული პროგრამით.

2.6. დროული ანაზღაურება ჯანდაცვის დავებთან დაკავშირებით

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს უფლება აქვთ დროულად მიიღონ საჩივრებთან დაკავშირებული ანაზღაურება. ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციები და სადაზღვევო კომპანიები ვალდებული არიან გადაწყვეტილების მიღებიდან არაუმეტეს 45 დღის ვადაში აუნაზღაურონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს საჩივრიდან გამომდინარე ვალდებულებები.

იმ შემთხვევაში, თუ საჩივრიდან გამომდინარე ვალდებულება არ არის ნათლად გამოხატული, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციები და სადაზღვევო კომპანიები მაინც არიან ვალდებული აუნაზღაურონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს საჩივრიდან გამომდინარე ცალსახად დასაბუთებული ხარჯები და არაუგვიანეს 30 დღისა წერილობით შეატყობინონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს საჩივრის დაუსაბუთებელი ან ნაკლებად დასაბუთებული ნაწილის განსამტკიცებლად დამატებითი ინფორმაციის წარდგენის აუცილებლობის შესახებ.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მხრიდან დავასთან დაკავშირებით მოთხოვნილი დამატებითი ინფორმაციის წარდგენის შემდეგ ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციები და სადაზღვევო კომპანიები ვალდებული არიან ჯანდაცვის მიმწოდებელს მოთხოვნილი ხარჯები აუნაზღაურონ 45 დღის ვადაში.

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციების და სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან საჩივრებიდან გამომდინარე მოთხოვნილი ხარჯების დროულად გადაუხდელობის შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს უფლება აქვთ დამატებით მოითხოვონ პირგასამტეხლო წლიური 12%-ის ოდენობით.

2.9 სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რწმენის, სინდისის და აღმსარებლობის უფლების რეალიზაცია

აშშ-ში ბოლო 30 წლის განმავლობაში კონგრესმა მიიღო რამდენიმე კანონი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რწმენის, სინდისისა და აღმსარებლობის უფლების დაცვის მიზნით. პირველი მიღებულ იქნა 1970-იან წლებში ე.წ. „ეკლესიის შესწორებები“ და დამტკიცებულ იქნა სხვადასხვა პერიოდში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების უფლებების დაცვის თვალსაზრისით, კერძოდ მათ უფლება ჰქონდათ საკუთარი რელიგიური, თუ სინდისიდან გამომდინარე მოსაზრებების გამო უარი ეთქვათ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე ან სამედიცინო კვლევებში მონაწილეობაზე.

მეორე კანონი მიიღეს 1996 წელს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომსახურების აქტი, რომელიც უკრძალავდა სახელმწიფო დაფინანსების მიმღებ ფედერალურ, შტატის თუ ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს მოეხდინათ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა დისკრიმინაცია იმის საფუძველზე, თუ ისინი უარს იტყოდნენ აბორტთან დაკავშირებულ ტრეინინგების გავლაზე ან ასეთი ტრეინინგების ჩატარებაზე, ასევე აბორტის ოპერაციის განხორციელებაზე ან მასში მონაწილეობაზე.

მესამე, ე.წ. 2005 წლის „ველდონის შესწორებებით“ აიკრძალა სახელმწიფო დაფინანსების გაცემა იმ ფედერალური თუ საშტატო სახელმწიფო ორგანიზაციებისათვის, რომლებიც ახდენდნენ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა დისკრიმინაციას იმის საფუძველზე, რომ ისინი არ აკეთებდნენ აბორტს ან არ უზრუნველყოფდნენ მის დაფინანსებას.

ზემოთ აღნიშნული სამი კანონი მხარდაჭერილია ბოლო პერიოდში მიღებული საკანონდებლო ნორმით, რომლის მიხედვით:

- ცალსახად არის აღიარებული, რომ დისკრიმინაციის აკრძალვა ეხება, სახელმწიფო დაფინანსების მქონე როგორც ცალკეულ ექიმებს, ასევე სამედიცინო დაწესებულებებსაც;
- განსაზღვრულია სპეციალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამოქალაქო უფლებათა ოფისის შექმნა, რომელიც განიხილავს ზემოთ აღნიშნულ დისკრიმინაციასთან დაკავშირებულ საჩივრებსაც;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამოქალაქო უფლებათა ოფისი უფლებამოსილია იმუშაოს ფედერალურ და საშტატო სახელმწიფო ორგანიზაციებთან, რომლებიც პოტენციურად შეიძლება დაარღვიონ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა კანონით დაცულ უფლებებს, ხოლო აღნიშნული უფლებების დარღვევის შემთხვევაში მიმართონ კანონით ნებადართულ სანქციებს სახელმწიფო დაფინანსების შეწყვეტის ჩათვლით.

3. ჩეხეთის სამართლებრივი ჩარჩო

ჩეხეთში მოქმედებს 1997 წელს მიღებული ჯანმრთელობის შესახებ აქტი, რომლითაც რეგულირებულია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა სამართლებრივი მდგომარეობა მათი უფლებებისა და მოვალეობების თვალსაზრისით. წინამდებარე ანალიზის მიზნებისთვის აქცენტები გაკეთდება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მხოლოდ უფლებრივ მხარეზე. შრომისა და საკონტრაქტო უფლებები რეგულირდება არასპეციალიზირებული კანონმდებლობით და ექცევა ზოგადი შრომითი, თუ სამოქალაქო სამართლებრივი ურთიერთობების ფარგლებში. ამდენად, განალიზებული იქნება მხოლოდ სამედიცინო კუთხით არსებული უფლებრივ-სამართლებრივი ჩარჩო. კერძოდ, ზემოთ აღნიშნული 1997 წლის აქტის 129-ე მუხლი არეგულირებს ექიმის მხრიდან სამედიცინო გამოკვლევისა და სამედიცინო თერაპიის სხვადასხვა სახეობათა არჩევანის უფლებას, რომლის მიხედვითაც:

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს აქვს უფლება დამოუკიდებლად აირჩიოს პაციენტის გამოკვლევისა და თერაპიის სამეცნიერო თვალსაზრისით მიღებული ნებისმიერი მეთოდი. ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენების წინაპირობა შეიძლება იყოს:

ა) პაციენტის თანხმობა;

ბ) აღნიშნული მეთოდის გამოყენების რისკის არსებობის გაცილებით ნაკლები ალბათობა, ვიდრე მისი გამოუყენებლობის შემთხვევაში.

სამედიცინო გამოკვლევისა თუ თერაპიის ჩატარების დროს ექიმს უფლება აქვს მოითხოვოს სხვა განსხვავებული კვალიფიკაციის მქონე ექიმის მონაწილეობა, ასევე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისგან შესაბამისი რეკომენდაციების მიღება.

მნიშვნელოვანი სამართლებრივი უფლებამოსილებებით არის აღჭურვილი ექიმი მკურნალობაზე უარის თქმის კუთხითაც. ზემოთ აღნიშნული აქტის 131-ე მუხლის მიხედვით პაციენტის მკურნალ ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტის მკურნალობაზე, თუ:

ა) მის მკურნალობას მოითხოვს უფრო მძიმე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი;

ბ) პაციენტთან პირადი ურთიერთობების გამო. ამ შემთხვევაში ექიმმა პაციენტი უნდა გადაამისამართოს სხვა ექიმთან;

გ) ექიმის ფიზიკური მდგომარეობა არ აძლევს მას აღნიშნულის გაკეთების საშუალებას;

დ) ექიმი პაციენტის გასინჯვის შემდეგ მიიჩნევს, რომ პაციენტს არ სჭირდება მკურნალობა;

ე) ექიმი პაციენტის გასინჯვის შემდეგ მიიჩნევს, რომ სხვა ექიმის მიერ პაციენტისათვის დანიშნული ან პაციენტის მიერ მოთხოვნილი მკურნალობა პროფესიულად გაუმართლებელია;

ვ) ექიმი პაციენტის გასინჯვის შემდეგ მიიჩნევს, რომ სხვა ექიმის მიერ პაციენტისათვის დანიშნული ან პაციენტის მიერ მოთხოვნილი მკურნალობა არ შეესაბამება კანონით დადგენილ მოთხოვნებს;

ვ) ექიმი მიიჩნევს, რომ შესაბამისი კვალიფიკაციის არქონის გამო ვერ მოახდენს პაციენტისათვის შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებას;

ზ) პაციენტის მდგომარეობა არ მოითხოვს დაუყოვნებლივ ჩარევას. ამ შემთხვევაში ექიმს უფლება აქვს პაციენტის მიღებაზე უარი თქვას და სხვა დროს დაიბაროს გამოკვლევისათვის.

ჩხეთის კანონმდებლობით ასევე დაცულია ექიმთა სინდისისა და რწმენის თავისუფლება, რომლის მიხედვით ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტის მკურნალობაზე, თუ:

- აღნიშნული მკურნალობა წინააღმდეგობაშია ექიმის მორალურ, სინდისის და რელიგიურ შეხედულებებთან.

უფრო მეტიც, ექიმს უფლება აქვს უარი უთხრას პაციენტს მკურნალობაზე, თუ

ა) პაციენტი მნიშვნელოვნად არღვევს მკურნალობისას თანამშრომლობის პირობას;

ბ) პაციენტი იქცევა ამორალურად, შეურაცხყოფას აყენებს და ემუქრება ექიმს;

გ) პაციენტის ქცევა საფრთხეს უქმნის ექიმის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას.

დასკვნა/რეკომენდაციები:

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე რეკომენდაციის სახით აუცილებელია მოხდეს საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობაში, კერძოდ „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში სპეციალური თავის მომზადება, რომელიც დაარეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივ მდგომარეობას და შექმნის შესაბამის გარანტიებს მათი უფლებების დასაცავად. საკანონმდებლო ცვლილებებმა სულ მცირე უნდა მოიცვას ისეთი საკითხები, როგორცაა:

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა უფლებრივი მდგომარეობა ჯანდაცვის გეგმის მოთხოვნების მიხედვით;

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის კონტრაქტიდან გამომდინარე უფლებები;

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების დამატებითი უფლებამოსილებები;

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული უფლებები;

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რწმენის, სინდისის და აღმსარებლობის უფლება.

5.4. სამედიცინო ინსტიტუტების სტრუქტურისა და რეზიდენტების სწავლებისა და პრაქტიკის იურიდიული ასპექტები

სამედიცინო უნივერსიტეტის სტრუქტურისა და რეზიდენტების მონაწილეობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში

5.4.1. კანონი:

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის მე-18.1 მუხლის „თ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ. იმავე მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, პაციენტის ქმედუუნარობის ან განზობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებულ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების გამწვევი ანვდის პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს. იმავე კანონის მე-20 მუხლის შესაბამისად, პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაციის მიუღებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტის ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

იმავე კანონის 26-ე მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია მისი სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის (რას ნიშნავს სწავლების ობიექტად გამოყენება?). ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენებას. მე-2 პუნქტის შესაბამისად, ქმედუუნარო პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენების საკითხებს არეგულირებს „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი. მე-3 პუნქტის შესაბამისად, პაციენტის თანხმობა არ არის აუცილებელი იმ შემთხვევებში, თუ სასწავლო მიზნით გამოიყენება: ა) პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაცია, რომელიც არ იძლევა პაციენტის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას; ბ) მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის პროცესში მიღებული მასალა (შარდი, სისხლი, სხვა ქსოვილები), რომლითაც უზრუნველყოფილია პაციენტის ანონიმურობა.

იმავე კანონის 30-ე მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების განწვევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას. (ვინ არიან მასში უშუალოდ მონაწილე პირები?)

იმავე კანონის 42–ე მუხლის შესაბამისად, 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. გადანყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობით. პაციენტის გადანყვეტილების შესახებ ეცნობება მის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის 47–ე მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია პაციენტისაგან მიიღოს სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობაზე ზეპირი ინფორმირებული თანხმობა, ხოლო სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის პროცესში მონაწილეობაზე – წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა.

ამავე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, თუ პაციენტი არის ქმედუუნარო ან შეზღუდული ქმედუუნაროების მქონე ან/და გაცნობიერებული გადანყვეტილების უნარს მოკლებულია, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი იღებს პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას სამედიცინო განათლების ან სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის პროცესში პაციენტის ჩართვაზე.

კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

მუხლი 8.3. სამედიცინო განათლების პროცესში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ინფორმირებული თანხმობა.

მუხლი 11. ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადანყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტისათვის სამედიცინო ჩარევის განხორციელება, მისი ჩართვა სამედიცინო განათლებისა და სამეცნიერო კვლევის პროცესში დასაშვებია მხოლოდ მისი წინასწარ გაცხადებული ნების (როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადანყვეტილების მიღების უნარი) გათვალისწინებით, ხოლო ამ უკანასკნელის არარსებობისას – მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით.

5.4.2. ანალიზი:

დოკუმენტი, რომელიც ანესრიგებს/არეგულირებს სტუდენტების/რეზიდენტების ჩართულობას მკურნალობის პროცესში არ არსებობს, თუმცა დადგენილი კომპეტენციები განსაზღვრავს, რომ მან უნდა მიიღოს კლინიკური უნარ-ჩვევები. ამ უნარ-ჩვევების მიღება ხდება როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო კლინიკებში. ძნელად დასაჯერებელია რომელიმე ეს სუბიექტი მკაცრად იცავდეს პაციენტის ინფორმაციის კონფიდენციალობის პრინციპებს ან ჰქონდეს პრაქტიკაში წინასწარი ინფორმირებული თანხმობის მოძიების პროცესი.

1980-1995 წლებში განსხვავება არსებობდა კლინიკასა და საავადმყოფოს დეფინიციებს შორის, სადაც კლინიკა იყო საგანმანათლებლო სისტემის კლინიკური ბაზა, რომელიც ეწეოდა სამედიცინო მომსახურებას, სასწავლო, კვლევით და მეცნიერულ საქმიანობას, ხოლო საავადმყოფო იყო მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი. დღესაც, საქართველოსგან განსხვავებით ბევრ ქვეყანაში ეს დეფინიციები შენარჩუნებულია. როდესაც პაციენტი ირჩევს მიიღოს მკურნალობა კლინიკაში, ის წინასწარ აწერს ხელს თანხმობაზე, ამდენად სტუდენტს ან რეზიდენტს არ ექმნება პრობლემა მიიღოს მონაწილეობა მკურნალობის პროცესში.

პაციენტთა მკურნალობის პროცესში სტუდენტების და რეზიდენტების მონაწილეობას, გარდა ინფორმირებული თანხმობის მიღების ვალდებულებისა, საკანონმდებლო დონეზე არაფერი არეგულირებს, მათ შორის არც კანონი „უმაღლესი განათლების შესახებ“. კანონის მიხედვით, საჭიროა ამგვარი თანხმობა პაციენტისგან, მაგრამ იგი უმეტესად არ სრულდება, რადგან საქართველოში არ არსებობს საავადმყოფოს არც შიდა და არც საერთაშორისო აკრედიტაციის სისტემა, რომელიც შეაფასებდა საავადმყოფოებში ფორმალური და არაფორმალური წესების სტანდარტთან შესაბამისობას და მის აუცილებელ შესრულებას. დასავლეთში, საუნივერსიტეტო და სასწავლო კლინიკის არჩევისას პაციენტმა იცის (აუხსნიან მომსახურების განევამდე), რომ მისი მკურნალობის პროცესში ჩართულნი იქნებიან რეზიდენტები, ექიმი, მორიგე და სხვ.. პაციენტს შეუძლია უარი თქვას ამაზე და მეტიც, მოითხოვოს მისი პირადი ექიმი იყოს არა რეზიდენტი, არამედ დიპლომირებული სპეციალისტი, მაგრამ უმეტესად ამ ექსკლუზივზე გარკვეული დამატებითი თანხის გადახდა მოუწევს. მიუხედავად ამ „დისკომფორტისა“, ამგვარ კლინიკებს პაციენტი არ აკლიათ იქ არსებულ სპეციალისტებზე მაღალი მოთხოვნის და სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის გამო.

ჩვენს შემთხვევაში, როცა სასწავლო და საუნივერსიტეტო კლინიკების სტატუსი არ რეგულირდება, ჰოსპიტალური იერარქიული სისტემა მოშლილია და არც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ეფექტური მექანიზმები არსებობს, რაიმე დამატებით რეგულაციაზე საუბარი ნაადრევია.

რეკომენდაცია: საჭიროა პოლიტიკის ფორმირების დონეზე მოხდეს გადანყვეტილების მიღება, რომელიც კანონმდებლებს მისცემს საშუალებას კანონმდებლობაში განისაზღვროს სტუდენტების და რეზიდენტების მონაწილეობის საკითხი სამედიცინო მომსახურების პროცესში, გაჩნდეს შესაბამისი კანონქვემდებარე აქტები და აღნიშნული საკითხის ასახვა მოხდეს ლიცენზირების და აკრედიტაციის პროცესში.

6. დისკუსია

6.1. ჯანდაცვის კანონმდებლობის უნიფიკაცია/კოდიფიკაცია

წინამდებარე სამართლებრივ ანალიზში ასახული ჯანდაცვის კანონმდებლობაში არსებული სამართლებრივი კოლიზიების, ხარვეზების, სამართლებრივი დუბლირებების, იურიდიული ტექნიკის გაუმართაობებისა და მთელი რიგი სხვა ბუდნოვანი ნორმატივების თავიდან ასაცილებლად მნიშვნელოვანია მოხდეს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მთელი რიგი კანონების უნიფიკაცია და კოდიფიცირება.

რომანულ-გერმანული სამართლის სისტემის მნიშვნელოვანი გავლენის გამო ქართული სამართლის სისტემისათვის დამახასიათებელია სამართლის ნორმების უნიფიკაცია კოდიფიცირების გზით. მიზანს წარმოადგენს თემატურად ურთიერთდაკავშირებული ნორმების ერთ კანონში (კოდექსში) მოქცევა, რათა თავიდან იქნას აცილებული ნორმათა კოლიზიები, დუბლირებები, ბუნდოვანებები და სხვა ხარვეზები.

საქართველოს კანონში ნორმატიული აქტების შესახებ²⁹ დაშვებულია ნორმათა უნიფიცირება, გაერთიანება კოდექსში და იძლევა კოდექსის დეფინიციას, რომელიც მდგომარეობს შემდეგში: „კოდექსი არის განსაზღვრული (ერთგვაროვანი) საზოგადოებრივი ურთიერთობების მომწესრიგებელ სამართლებრივ ნორმათა სისტემატიზებული ნორმატიული აქტი.“

ზემოთ აღნიშნული სამართლებრივი მექანიზმის გამოყენებით მნიშვნელოვანია შემდეგი კანონების უნიფიკაცია და გაერთიანება ერთ კოდექსში: „საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“. კოდექსს მაგალითისათვის შეიძლება ეწოდოს „ჯანმრთელობის დაცვის კოდექსი“, რომელსაც ექნება უნიფიცირებული ტერმინოლოგია და მოხდება თითოეული სამართლებრივი ინსტიტუტის მარეგულირებელი ნორმების გაერთიანება ნიგნებად.³⁰ ამგვარი გადაწყვეტა ერთის მხრივ თავიდან აგვაცილებს ერთი და იგივე ინსტიტუტების განსხვავებულ დეფინიციებს, ასევე მოგვცემს საშუალებას გამოვრიცხოთ იურიდიული ტექნიკისა და შინაარსობრივი თვალსაზრისით არსებული კოლიზიები, შეუსაბამობები და სხვა სახის ხარვეზები.

29 თავი 1, პუნქტი 6, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის #128/6 ბრძანება სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ, 2000.

30 მუხლი 2, პუნქტი 3, მუხლი 3 პუნქტი 1, საქართველოს კანონი ნორმატიული აქტების შესახებ, 2009.

