

ნანა უზნაძე*

ექიმის უმოქმედოობით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურების პრობლემატიკა სამედიცინო სამართალში

სამედიცინო სამართლის ნიაღში წარმოშობილი დავების გადაწყვეტა ხშირ შემთხვევაში სირთულეებთანაა დაკავშირებული, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ზიანი წარმოიშობა არა მოქმედების, არამედ, ექიმის უმოქმედობის შედეგად. მაშინაც კი, როდესაც მართლწინააღმდეგობა და ბრალი უტყუარად იკვეთება, თუმცა ვერ დგინდება მიზეზობრივი კავშირი, ექიმი შესაძლოა გათავისუფლდეს პასუხისმგებლობისგან. ასეთი შემთხვევების შეფასებისას მთავარი შეკითხვაა, იქნებოდა თუ არა საზიანო შედეგი თავიდან აცილებული, თუ ექიმი კონკრეტულ მოქმედებას განახორციელებდა. აღნიშნულ შეკითხვაზე პასუხის გაცემა რთულდება მედიცინის ზღვარდადებული შესაძლებლობით, ინინასწარმეტყველოს როგორ შეიცვლებოდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სათანადო მკურნალობისა და ზრუნვის სტანდარტის დაცვის შემთხვევაში.

ნაშრომი ანალიზებს ექიმის უმოქმედობით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურებს პრობლემურ საკითხებს და ყურადღებას ამახვილებს განსახილველ შემდეგ თემებზე: მკურნალობის ვალდებულების ფარგლები, მიზეზობრივი კავშირის დადგენის სირთულეები, მტკიცების ტვირთის განაწილება და ზიანის ოდენობის შეფასებასთან დაკავშირებული გამოწვევები. დოქტრინალური და შედარებითი ანალიზის მეშვეობით წინამდებარე ნაშრომი იკვლევს, ისეთი თეორიები, როგორიცაა დაკარგული შანსის თეორია, ხომ არ წარმოადგენს უფრო სამართლიან მიდგომას ზიანის ანაზღაურებისთვის.

საკვანძო სიტყვები: სამედიცინო სამართალი, ექიმის უმოქმედობა, ზიანის ანაზღაურება, მიზეზობრივი კავშირი, მტკიცების ტვირთი, დაკარგული შანსი.

1. შესავალი

სამედიცინო სამართალი საკმაოდ კომპლექსური და მუდმივად განვითარებადი დარგია. ქართულ სამართლებრივ სივრცეში მას დამოუკიდებელ დისციპლინად¹ არსებობის არცთუ ხანგრძლივი ისტორია აქვს მისი ინტერდისციპლინური ხასიათიდან გამომდინარე.² ეს არის დარგი, რომელიც მიზნად ისახავს სამედიცინო მომსახურების სფეროში წარმოშობილი ურთიერთობების რეგულირებას ისეთი უზენაესი ღირებულებების მქონე სიკეთეების დაცვის მიზნით, როგორებიცაა ადამიანის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა.³ სწორედ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ამ სამართალურთიერთობების რეგულირება და შემდგომ, არსებული სამართლებრივი ნორმების პრაქტიკისთვის მისადაგება როგორც სამართლებრივ, ისე – ეთიკურ გამოწვევებთან ასოცირდება.

* ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის იურიდიული ფაკულტეტის დოქტორანტი, მოწვეული ლექტორი.

¹ კვანტალიანი ნ., რუსიშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, „შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი“, 1/2022, 1.

² ბიჭია მ., სამედიცინო სამართლის ცნება და ადგილი სამართლის სისტემაში, სამართალი და მსოფლიო, ტომი 9, № 28, 2023, 82.

³ Todorovski N., Medical Law and Health Law – Is it the Same?, Medical Law and Ethics Journal, Vol. 18, № 2, 2018, 34

მიზეზობრივი კავშირის დადგენა ექიმის მოქმედებასა თუ უმოქმედობასა და დამდგარ საზიანო შედეგს შორის ერთ-ერთი ყველაზე პრობლემური საკითხია, რაც დგას სამედიცინო სამართლის დღის წესრიგში. სამედიცინო შემთხვევების მრავალფეროვნების, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მედიკამენტებზე პაციენტის რეაქციისა და გამომწვევი სხვადასხვა მიზეზის არსებობის გამო რთულდება უტყუარად მტკიცება იმისა, რომ ექიმის მიერ სწორი თერაპიის ჩატარების შემთხვევაში ზიანი თავიდან იქნებოდა აცილებული.⁴ ამასთან, საექსპერტო დასკვნები, რომელთა საჭიროებაც სამედიცინო დავებში მომეტებულია და რომლებსაც ეყრდნობა სასამართლო შეფასებისას, წარმოადგენს მოსაზრებას, ვარაუდს და არა ფაქტს.⁵ სამედიცინო მეცნიერების შესაძლებლობები ზღვარდადებულია ზემოაღნიშნული გარემოებებით, შესაბამისად, უტყუარ დასკვნას მიზეზობრივი კავშირის არსებობაზე, როგორც წესი, ვერ იძლევა. უმოქმედობის შემთხვევაში აღნიშნულის მტკიცება კიდევ უფრო დიდ სირთულეს უკავშირდება.

ექიმის უმოქმედობით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურების განსაზღვრისას გამოწვევას ასევე წარმოადგენს მტკიცების ტვირთის განაწილება მოსარჩელესა და მოპასუხეს შორის. ქართული სასამართლო პრაქტიკის ანალიზი ცხადყოფს, რომ ამ თვალსაზრისით სამართალშემფარდებელი ორგანოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები არათანმიმდევრულია,⁶ ამასთან, განსხვავებულია განმარტებები სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალეულობის პრეზუმფციასთან მიმართებითაც, რაც შესწავლას საჭიროებს.⁷

დამატებით უნდა აღინიშნოს, რომ ზიანის ოდენობის სამართლიანი განსაზღვრაც კომპლექსური საკითხია. სამართლის დოქტრინაში არსებობს თეორიები, რომელიც კომპენსაციის ოდენობისა და ექიმის პასუხისმგებლობის ფარგლებს განსხვავებულად ადგენს, რომლისთვისაც სახელმძღვანელო პრინციპია იმის შეფასება თუ რა არის დასაცავი სიკეთე.

წინამდებარე ნაშრომის მიზანია დოქტრინალური და შედარებითი ანალიზის გზით შეაფასოს ექიმის უმოქმედობის შედეგად გამოწვეული ზიანის ანაზღაურებასთან დაკავშირებული პრობლემური ასპექტები, გამოიკვლიოს სამართლებრივი ჩარჩო, რომელიც ასეთ პასუხისმგებლობას არეგულირებს, გააანალიზოს სასამართლო პრაქტიკა და გამოავლინოს ძირითადი გამოწვევები, რომლებიც წარმოიშობა თეორიასა და პრაქტიკაში.

2. უმოქმედობის კონცეპტუალური ჩარჩო სამედიცინო სამართლის კონტექსტში

სტანდარტული განსაზღვრებით, „პირი პასუხს აგებს უმოქმედობით გამოწვეული ზიანისთვის იმ შემთხვევაში, თუ სამართლებრივი სიკეთისათვის ზიანის მიყენება შეიძლებოდა თავიდან აცილებულიყო განუხორციელებელი მოქმედების შედეგად. ეს მოვალეობა შეიძლება გამომდინარეობდეს კანონიდან, ხელშეკრულებიდან, და სხვ.“⁸ აღნიშნული განმარტების სამე-

⁴ *Misic Radanovic N., Vukusic I., Causation in Medical Malpractice, EU and Comparative Law Issues and Challenges Series 4, 2020, 778.*

⁵ *Merry A., McCall Smith A., Errors, Medicine and the Law, Cambridge University Press, UK, 2001, 176-177.*

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

⁷ პეპანაშვილი ნ., სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალეულობის პრეზუმფცია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში, „სამართლის ჟურნალი“ № 2, 2016, 121-122.

⁸ კროპპოლერი ი., გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი, დარჯანია თ., ჭეჭელაშვილი ზ. (მთარგმნელები), ჩაჩანიძე ე., დარჯანია თ., თოთლაძე ლ. (რედ), მე-13 გამოცემა, თბილისი, 2014, § 823, ველი 21.

დიცინო სამართლისთვის მისადაგებისას, ექიმის პასუხისმგებლობის განსაზღვრისთვის გასათვალისწინებელია შემდეგი გარემოებები:

ა) მკურნალობის ვალდებულება

უმოქმედობად ჩაითვლება შემთხვევა, როდესაც ექიმს [სამედიცინო მომსახურების] ხელშეკრულებიდან ან გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენისას წარმოეშვა ზრუნვის (მკურნალობის) მოვალეობა,⁹ ჰქონდა ამ მოქმედების განხორციელების ობიექტური შესაძლებლობა,¹⁰ მაგრამ მან არ განახორციელა შესაბამისი ქმედება, რითაც თავიდან იქნებოდა აცილებული ზიანი.¹¹

ექიმები ვალდებული არიან პაციენტები უზრუნველყონ შესაბამისი ხარისხის მზრუნველობით.¹² „ექიმ – პაციენტის ურთიერთობა არის კონსენსუალური ურთიერთობა, რომლის ფარგლებშიც პაციენტი გაცნობიერებულად ითხოვს ექიმის დახმარებას და ექიმი გაცნობიერებულად იღებს მას პაციენტად.“¹³

თუ ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა წარმოიშობა, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია დაიცვას ზრუნვის შესაბამისი სტანდარტი და მიიყვანოს მკურნალობა ბოლომდე, ან, ასეთის შეუძლებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოს პაციენტის რეფერირება შესაბამისი მომსახურების სხვა მიმწოდებელთან, რათა საფრთხე არ შეექმნას მკურნალობის უწყვეტობას.

ბ) სამედიცინო შეცდომა

ცალკე აღებული, არასასურველი შედეგი არ წარმოშობს პასუხისმგებლობას. თუ არასასურველი შედეგი დგება მიუხედავად მკურნალობის სწორად წარმართვისა და ორგანიზებისა, აღნიშნული არ წარმოადგენს სამედიცინო შეცდომას და უნდა გაიმიჯნოს მისგან.¹⁴

როგორც მოქმედება, ისე უმოქმედობა, რომელსაც მოჰყვა ზიანი, წარმოადგენს სამედიცინო შეცდომის სახეებს.¹⁵ არსებითია აღინიშნოს, რომ პასუხისმგებლობის განსაზღვრისთვის პაციენტისთვის მხოლოდ არასასურველი შედეგის დადგომა საკმარისი არ არის, არამედ, არსებითია, რომ ასეთი არასასურველი შედეგი წარმოადგენდეს სამედიცინო შეცდომას.^{16/17}

⁹ Fletcher M. T., Standard of Care in Legal Malpractice, Indiana Law Journal 43, №3, 1968, 773.

¹⁰ გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

¹¹ მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 42.

¹² Davies C. E., Shaul R.Z., Physicians' Legal Duty of Care and Legal Right to Refuse to Work During Pandemics, Canadian Medical Association Journal (CMAJ), Vol. 182, № 3, 2010, 320–321.

¹³ Kim Baker, United States: A Doctor's Legal Duty – Erosion of the Curbside Consultant, MONDAQ (Nov. 5, 2003), მითითებულია ნაშრომში: Suri S., Action, Affiliation, and a Duty of Care: Physicians' Duty of Care in Nontraditional Settings, Fordham Law Review, Vol. 89, №2, 2020, 307.

¹⁴ Mistic Radanovic N., Vukusic I., Causation in Medical Malpractice, EU and Comparative Law Issues and Challenges Series 4, 2020, 778.

¹⁵ მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 35.

¹⁶ Bichia M., Peculiarities of Medical Torts in Georgian Judicial Practice, South Caucasus Law Journal, 09/2018 – 2019, 226.

გ) მართლსაწინააღმდეგო უმოქმედობა

მხოლოდ მართლსაწინააღმდეგო უმოქმედობა წარმოშობს პასუხისმგებლობას. ერთმანეთისგან უნდა გაიმიჯნოს ექიმის გაუფრთხილებელი და მიზანმიმართული უმოქმედობა, კერძოდ, თუ ექიმის მოსაზრებით, კლინიკური ჩვენებიდან გამომდინარე მკურნალობის გაგრძელება არ იქნება პაციენტისთვის სასარგებლო და წყდება თერაპია, აღნიშნული არ ჩაითვლება გაუმართლებელ უმოქმედობად.¹⁸

ქმედების მართლსაწინააღმდეგობა განსხვავებულად ფასდება იმის მიხედვით, პაციენტზე ზრუნვის მოვალეობა ხელშეკრულების საფუძველზე წარმოიშვა თუ მის გარეშე. უფრო კონკრეტულად, როდესაც არსებობს ხელშეკრულება, ექიმის მოქმედება შეფასდება მართლსაწინააღმდეგოდ იმ შემთხვევაში, თუ მან არ შეასრულა ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მოვალეობები, ხოლო ასეთი ხელშეკრულებების არარსებობისას, მართლსაწინააღმდეგოდ შეფასდება ისეთი ქმედება, რომელიც არ შეესაბამება პაციენტზე ზრუნვისა და მკურნალობის აღიარებულ სტანდარტებს და წარმოადგენს მათგან გადახვევას.^{19/20}

როდესაც მკურნალობის ჩატარების შინაარსიდან არ იკვეთება სამედიცინო შეცდომა, გადახვევა სამედიცინო სფეროს დარგში აღიარებული პროტოკოლებიდან, ასეთი მკურნალობის უარყოფითი შედეგები არ იწვევს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას, რადგანაც არ იკვეთება მართლსაწინააღმდეგობის არსებობა. შესაბამისად, „ექიმის პასუხისმგებლობის საფუძველი არის არა მკურნალობის უარყოფითი შედეგი, არამედ სამედიცინო მეცნიერების სტანდარტებიდან გადახვევა. ამასთან, ექიმის მიერ რაიმე საკითხის ინდივიდუალური არცოდნა ან პროფესიული სისუსტე გამამართლებელ გარემოებებს არ წარმოადგენს.“²¹ ამის მაგალითი შესაძლოა იყოს ისეთი გარემოება, როდესაც პაციენტის დიაგნოზიდან გამომდინარე ქირურგიული ჩარევის სამედიცინო ჩვენება არსებობს, რაც აღიარებულია სხვადასხვა კლინიკური პროტოკოლით თუ მოქმედი სახელმძღვანელო წესით, მაგრამ ექიმი უარს ამბობს სამედიცინო ჩარევის განხორციელებაზე.

დ) ზრუნვის სტანდარტიდან გადახვევა

„ზრუნვის სტანდარტი“ მოიაზრებს ზრუნვის იმ დონეს, რომელსაც გონივრულად კომპეტენტური და გამოცდილი სხვა პრაქტიკოსი ექიმი იმავე მოცემულობასა და გარემოებებში მი-

¹⁷ კვანტალიანი ნ., რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, „შედეგებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი“, 1/2022, 8.

¹⁸ Stauch M., Wheat K., Text, Cases and Materials on Medical Law and Ethics, fourth edition, Routledge, USA and Canada, 2012, 22.

¹⁹ Bichia M., Peculiarities of Medical Torts in Georgian Judicial Practice, South Caucasus Law Journal, 09/2018 – 2019, 227.

²⁰ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, „პაციენტს ზიანის ანაზღაურების უფლება აქვს იმ შემთხვევაში, თუ: 1. სამედიცინო საქმიანობის მიზანი მიღწეული არ არის (ადამიანის ჯანმრთელობის აღდგენა და სიცოცხლის შენარჩუნება) და 2. მედიცინის მუშაკის ქმედება არ შეესაბამება სამედიცინო მაჩვენებლებს.“ იხ., საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2017 წლის 24 თებერვლის განჩინება საქმეზე №ას-1206-1166-2016. აქვე, მტკიცების ტვირთთან კავშირში უნდა აღინიშნოს, რომ სასამართლომ მიუთითა, რომ „არსებული სასამართლო პრაქტიკით ფაქტებზე მითითების ტვირთისა და მათი დამტკიცების ტვირთი ეკისრება პროცესის მონაწილე იმ მხარეს, რომელიც ითხოვს მიყენებული ზიანის ანაზღაურებას, მაშასადამე, დაზარალებულს.“

²¹ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 25 მაისის განჩინება საქმეზე № ას-1268-1526-09.

ანვდიდა პაციენტს.²² ცალკეულ შემთხვევებში სასამართლომ უნდა შეაფასოს რას მოითხოვდა ზრუნვის სტანდარტი ექიმისგან და წარმოადგენს თუ არა ამ სტანდარტიდან გადახვევა დარღვევას, რომელიც იწვევს პასუხისმგებლობას. თუ დადგინდება, რომ იმავე გარემოებების არსებობისას, დადგენილი სამედიცინო სტანდარტებისა და სახელმძღვანელო წესების შესაბამისად, სხვა ექიმი დანიშნავდა დამატებით გამოკვლევას, მედიკამენტოზურ მკურნალობას, ან მართავდა ქირურგიულ ჩარევას, აღნიშნული შეფასდება ზრუნვის სტანდარტის დარღვევად.

ზრუნვის სტანდარტის შეფასების პირველად ტესტს ე.წ. „ბოლამის ტესტი“ წარმოადგენს, რომელიც დაინერგა საქმეზე *Bolam v Friern Hospital Management Committee*, რომლის ფარგლებშიც სასამართლომ იმსჯელა, რომ ექიმი არ არღვევს ზრუნვის ვალდებულებას იმ შემთხვევაში, თუ მისი ქმედება შეესაბამება კონკრეტულ დარგში კომპეტენციის მქონე სამედიცინო პროფესიონალებისგან შემდგარი პასუხისმგებლობის მქონე ორგანოს მიერ აღიარებულ პრაქტიკას.²³ ზრუნვის სტანდარტის შეფასებისას აღსანიშნავია ის, რომ პასუხისმგებლობა ავტომატურად არ წარმოიშობა იმ შემთხვევაში, თუ სხვა პრაქტიკოსი განსხვავებულად იმოქმედებდა, რადგანაც თითოეული ექიმის მიდგომები, ისევე, როგორც მკურნალობის ალტერნატივები შესაძლოა განსხვავდებოდეს. არსებითია, რომ ექიმის ქმედება თავსდებოდეს პროფესიული სტანდარტებით განსაზღვრულ ჩარჩოში. მოგვიანებით, საქმეზე *Bolitho v City and Hackney Health Authority*, სასამართლომ დააზუსტა, რომ სამედიცინო პროფესიონალთა მიერ მიღებული პრაქტიკა უნდა იყოს გონივრული და ლოგიკური, რამაც გამორიცხა ზრუნვის სტანდარტის მხოლოდ სამედიცინო პრაქტიკაზე დაყრდნობით შეფასება.²⁴

ბოლამის ტესტი ინფორმირებული თანხმობის საქმეებში გადაისინჯა საქმეზე *Montgomery v Lanarkshire Health Board*, რომლის ფარგლებშიც სასამართლომ გადაუხვია მანამდე დადგენილი ტესტიდან და ნაცვლად სამედიცინო პროფესიონალის სტანდარტზე ორიენტირებული ტესტისა, შემოიღო პაციენტზე ფოკუსირებული ტესტი, რომლითაც პაციენტის ავტონომიას მიანიჭა უპირატესობა და განმარტა, რომ „ექიმი ვალდებულია მიიღოს შესაბამისი ზომები, რათა უზრუნველყოს რომ პაციენტი ინფორმირებული იქნება ნებისმიერ რეკომენდებულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი მნიშვნელოვანი რისკის თაობაზე.“²⁵

ე) უმოქმედობის სახეები

პრაქტიკაში ექიმის უმოქმედობა სხვადასხვა ფორმით²⁶ შეიძლება გამოვლინდეს, მათ შორის:²⁷

მკურნალობის კურსის დაგეგმვის თვალსაზრისით: როდესაც ექიმი არ ნიშნავს შესაბამის მკურნალობას, არ განახორციელებს სამედიცინო ინტერვენციას საჭიროების მიუხედავად.²⁸

²² Fletcher M. T., Standard of Care in Legal Malpractice, Indiana Law Journal 43, №3, 1968, 773.

²³ Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 W.L.R 582.

²⁴ Bolitho v City and Hackney Health Authority [1998] A.C. 232.

²⁵ Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11.

²⁶ Kass J., Rose R. V., Medical Malpractice Reform: Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs, AMA Journal of Ethics, Vol. 18, № 3, 299.

²⁷ ბიჭია მ., სამედიცინო დანესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი № 2 (70), 2021, 89-90.

²⁸ Hayward R., Asch S. M., Hogan M. M., Hofer T. P., Kerr E.A., Sins of Omission: Getting too Little Medical Care May be the Greatest Threat to Patient Safety, Journal of General Internal Medicine, Vol. 20, № 1, 2005, 35.

არასწორი ან დაგვიანებული დიაგნოსტიკა: როდესაც ექიმი არ ნიშნავს შესაბამის გამოკვლევებს, რომელთა შედეგების გაანალიზების შემთხვევაშიც შესაძლებელი გახდებოდა სწორი დიაგნოზის დასმა და მკურნალობა,²⁹ ან როდესაც დიაგნოზი სწორად დაისვა, თუმცა დაგვიანებით, რასაც შედეგად მოჰყვა პაციენტის გარდაცვალება.³⁰

ინფორმირებული თანხმობის³¹ მოპოვებასთან დაკავშირებული: აღნიშნულ შემთხვევებში უმოქმედობა ვლინდება პაციენტისთვის ჩასატარებელ მკურნალობასთან ან/და პროცედურასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ ინფორმაციის არასათანადო მიწოდებაში ან მიუწოდებლობაში, რასაც შედეგად მოჰყვა ზიანი და რაზეც პაციენტი არ გასცემდა თანხმობას სათანადო ინფორმირების პირობებში.³²

სამედიცინო მონიტორინგი და მეთვალყურეობა: უმოქმედობას მიეკუთვნება აგრეთვე ექიმის მხრიდან შემდგომი მონიტორინგისა და მეთვალყურეობის განუხორციელებლობა.³³

ადმინისტრაციული / ორგანიზაციული პრობლემები: მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული პირდაპირ არ უკავშირდება ექიმის პირად პასუხისმგებლობას, შესაძლოა საავადმყოფოში არსებობდეს სისტემური პრობლემები, რაც გამოიხატება შესაბამისი სამედიცინო პროტოკოლების არარსებობით, აპარატურის გაუმართაობით³⁴ და სხვ. უმოქმედობა კი გამოიხატება აღნიშნულის აღმოსაფხვრელად ან გასაკონტროლებლად ზომების მიუღებლობაში, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს ზიანი.³⁵

ზემოაღნიშნული ყველა მაგალითი მიეკუთვნება უმოქმედობის შემთხვევებს, როდესაც შესაძლოა დადგეს ექიმის პასუხისმგებლობა.

3. მიზეზობრიობასთან დაკავშირებული გამოწვევები ექიმის უმოქმედობისას

მიზეზობრივი კავშირი ზიანის ანაზღაურების პროცესში შესაფასებელ ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს, რამდენადაც სწორედ მიზეზობრივი კავშირის დადგენასა და მის დასადგენად გამოყენებულ მიდგომებზეა დამოკიდებული როგორც პასუხისმგებლობის, ისე – მისი მოცულობის განსაზღვრა.

უტყუარად მტკიცება იმისა, რომ შესაბამისი მოქმედების განხორციელებისა და სწორი ჩარევის შემთხვევაში არ დადგებოდა არასასურველი შედეგი, პრაქტიკულად შეუძლებელია, რაც, ერთი მხრივ, განპირობებულია ადამიანის ორგანიზმის თავისებურებების, დაავადების სპეციფიკურობის³⁶ (მაგ., როგორიცაა დაავადების პროგრესირება, ფარულად მიმდინარე და-

²⁹ Barnett v Chelsea & Kensington Hospital [1969] 1 QB 428.

³⁰ Liddell K., Skopek J. M., Gallez I., Fritz Z., Differentiating Negligent Standards of Care in Diagnosis, Medical Law Review, 2022, Vol. 30, № 1, 34.

³¹ Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11.

³² აღნიშნულის საპირწონედ, ექიმის პასუხისმგებლობა გამოირიცხება პაციენტისთვის უარყოფითი შედეგის დადგომის მიუხედავად იმ შემთხვევაში, თუ იგი ინფორმირებული იყო შესაძლო რისკების თაობაზე და მაინც განაცხადა თანხმობა. იხ., Bichia M., Peculiarities of Medical Torts in Georgian Judicial Practice, South Caucasus Law Journal, 09/2018 – 2019, 226.

³³ Kass J., Rose R. V., Medical Malpractice Reform: Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs, AMA Journal of Ethics, Vol. 18, № 3, 299.

³⁴ Wienke A., Errors and Pitfalls: Briefing and Accusation of Medical Malpractice – the Second Victim, German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery, 2013.

³⁵ Heywood R., Systemic Negligence and NHS Hospitals: An Underutilized Argument, King's Law Journal, 2021, 3.

³⁶ მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 36, 42.

ავადება და სხვ.),³⁷ მკურნალობის თანმდევი შედეგების,³⁸ ან სხვა მსგავსი მიზეზის გამო გამოჯანმრთელების გარანტიის გაცემის შეუძლებლობით, მეორე მხრივ კი თვით სამედიცინო პროფესიონალების მიერ გაცემული დასკვნების ხასიათით, რომლებიც გამოჯანმრთელების უტყუარ შედეგს ვერ ადასტურებენ.³⁹ ამასთან, საექსპერტო დასკვნებს ახასიათებთ ტენდენცია, რომ ექიმები ერიდებიან კოლეგის გაკრიტიკებას ურთიერთობების გაფუჭების, რეპუტაციული ზიანის, ან მოპასუხის პოზიციაში აღმოჩენის სამომავლო შიშების გამო.⁴⁰ მიზეზობრიობის შეფასებისა და მტკიცებულებების კვლევისას პრობლემატურია, აგრეთვე, ისიც, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი ხშირ შემთხვევაში დარღვეულია.⁴¹

მიზეზობრიობის დასადგენად განმსაზღვრელია ეპასუხოს შეკითხვებს: რა მოხდებოდა ექიმს რომ შესაბამისი სტანდარტების დაცვით ემოქმედა? დადგებოდა თუ არა არასასურველი შედეგი? როგორია ალბათობის ხარისხი, შესაძლოა უტყუარად მტკიცება თუ ორივენაირი შედეგის დადგომის შანსები თანაბარია? აქვს არსებითი მნიშვნელობა სათანადო სამედიცინო ინტერვენციის შემთხვევაში დადებითი გამოსავალის ალბათობის პროცენტულ მაჩვენებელს?

ეთიკურ-სამართლებრივი დილემა წარმოიშობა მაშინ, როდესაც პასუხისმგებლობის დაკისრებისთვის ყველა სხვა გარემოება არსებობს, მაგალითად, ექიმის ბრალეულობა ვლინდება, ზიანიც მტკიცებას არ საჭიროებს, თუმცა ვერ დგინდება უშუალო კავშირი ქმედებას (ან უმოქმედობას) და დამდგარ შედეგს შორის.

იმის მიხედვით, თუ დაცული რომელი სიკეთის ხელყოფა ფასდება და როგორია ზიანის ანაზღაურების სტანდარტი, განასხვავებენ მიზეზობრიობის სხვადასხვა თეორიას. ამ მხრივ, მიდგომა განსხვავებულია როგორც საერთო სამართლისა და კონტინენტური ევროპის, ისე, თვითონ კონკრეტული სამართლის სისტემაში შემავალ ქვეყნებს შორის. მაგალითად, გერმანია ამ მხრივ ადგენს საკმაოდ მაღალ სტანდარტს და ალბათობის მაღალი ხარისხით (90% და მეტი) მოითხოვს მიზეზობრივი კავშირის მტკიცებას.⁴² გერმანიის სამოქალაქო კოდექსის 630h პარაგრაფი აწესრიგებს მტკიცების ტვირთის ფარგლებს არასწორი სამედიცინო პრაქტიკისა და ინფორმაციის მიუწოდებლობის შეცდომების შემთხვევაში,⁴³ რომლის ფარგლებშიც, თუ იკვეთება ექიმის უმოქმედობა, დაზარალებულმა უნდა ამტკიცოს, რომ სწორი სამედიცინო ქმედების შემთხვევაში დამდგარი საზიანო შედეგი თავიდან იქნებოდა აცილებული,⁴⁴ ხოლო თუ მიზეზობრივი კავშირი ვერ დგინდება, „მტკიცების ტვირთი ექიმზე გადადის, რომელმაც უნდა ამტკიცოს, რომ ექიმის მიერ განხორციელებული ნებისმიერი ინტერვენციის

³⁷ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 27.

³⁸ კვანტალიანი ნ., რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, „შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი“, 1/2022, 9.

³⁹ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი № 2 (70), 2021, 90.

⁴⁰ Seidelson D. E., Medical Malpractice Cases and the Reluctant Expert, Catholic University Law Review, Vol. 16, issue 2, 1966, 158-160.

⁴¹ Bichia M., Peculiarities of Medical Torts in Georgian Judicial Practice, South Caucasus Law Journal, 09/2018 – 2019, 227.

⁴² Kadner Graziano T., Loss of a Chance in European Private Law – “All or nothing” or partial liability in cases of uncertain causation, In: Causation in Law. Lubos Tichy (Ed.). Prague: Univerzita Karlova, 2007, 141.

⁴³ German Civil Code (BGB), 10/08/2021, § 630 (h) (1), <https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/index.html> [28.05.2025].

⁴⁴ გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

მიუხედავად შედეგი იგივე იქნებოდა. [...] საკითხი ექიმის პასუხისმგებლობის შესახებ წყდება იმის მიხედვით, თუ რამდენად უხეში გაუფრთხილებლობით მოქმედებდა იგი და შეძლებს თუ არა დამტკიცებას, რომ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი ისედაც დადგებოდა.⁴⁵

ქართული სასამართლო პრაქტიკა იზიარებს გერმანიის მიდგომებს და ასევე ალბათობის მაღალი (90% ან მეტი)⁴⁶ ხარისხით მოითხოვს მიზეზობრივი კავშირის დადგენას. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტებით, „მკურნალობის შედეგად გამოწვეული ზიანის ანაზღაურება მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება დაკმაყოფილდეს, თუკი პირისათვის მიყენებული ზიანი გამოწვეულია უშუალოდ მცდარი სამედიცინო მოქმედებით, ანუ გამოკვეთილია მიზეზობრივი კავშირი მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასა და დამდგარ შედეგს შორის. ის გარემოება, რომ ზიანი გამოიწვია სამედიცინო პერსონალის ქმედებამ, უტყუარად უნდა დადგინდეს. უშედეგო მკურნალობა ან მკურნალობის უარყოფითი შედეგი თავისთავად (უალტერნატივოდ) არ იწვევს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას.“⁴⁷ საქართველო აღიარებს უშუალო მიზეზობრიობის თეორიას,⁴⁸ რომელიც განმტკიცებულია სამოქალაქო კოდექსში და რომლის მიხედვითაც ანაზღაურდება მხოლოდ ისეთი ზიანი, რომელიც წარმოადგენს ზიანის გამომწვევი მოქმედების უშუალო შედეგს.⁴⁹ გარდა აღნიშნულისა, სპეციალური კანონმდებლობაც მცდარ სამედიცინო ქმედებას განმარტავს, როგორც ექიმის მიერ განხორციელებულ ღონისძიებებს, რომლებიც ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა.⁵⁰

შეჯამების სახით უნდა ითქვას, რომ აღნიშნული მოდელის თანახმად, თუ იკვეთება უშუალო მიზეზობრიობა ალბათობის მაღალი ხარისხით, ასეთ შემთხვევაში ექიმის პასუხისმგებლობა დადგინდება და დაეკისრება ზიანის სრულად ანაზღაურება, ხოლო თუ ასეთი მიზეზობრივი კავშირი ვერ დგინდება, მაშინ, ბრალეულობის მიუხედავად, ექიმი სრულად გათავისუფლდება ზიანის ანაზღაურების პასუხისმგებლობისგან.

3.1. მიზეზობრიობის ტრადიციული თეორია

ტრადიციულად, მიზეზობრიობის შეფასებისას იყენებენ “*Conditio Sine Qua Non*” („მდგომარეობა, რომლის გარეშეც არ“) ფორმულას, რომელიც აფასებს რამდენადაა ექიმის უმოქმედობა აუცილებელი წინაპირობა ზიანის დადგომისთვის.⁵¹ თუმცა, ეს ტესტი ყოველთვის ეფექტური არ არის, რამდენადაც მისი ფარგლები საკმაოდ ფართოა და მისი დაკმაყოფილებისთვის უნდა დადგინდეს, რომ ექიმის უმოქმედობამ პირდაპირ გამოიწვია ზიანი, უშუ-

⁴⁵ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 49.

⁴⁶ მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მეწიერების ჟურნალი, № 1/2022, 46.

⁴⁷ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2016 წლის 22 იანვრის განჩინება საქმეზე №ას-1102-1038-2015.

⁴⁸ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 60.

⁴⁹ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 31, 24/07/1997, მუხლი 412.

⁵⁰ საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/1997, მუხლი 3, „ო“ ქვეპუნქტი.

⁵¹ რუსიაშვილი გ., სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ვალდებულებითი სამართლის ზოგადი ნაწილი, 2019, მუხლი 412, ველი 3.

ალო კავშირის დადგენა კი საკმაოდ რთულია.⁵² აღნიშნული გამოიყენება გერმანიაში, რომლის ანალოგს საერთო სამართლის ქვეყნებში ე.წ. “but for” ტესტი, წარმოადგენს, რამდენადაც ორივე მათგანი აფასებს რამდენად იყო მოპასუხის ბრალეული ქმედება (უმოქმედობა) აუცილებელი პირობა ზიანის დადგომისათვის.⁵³

But for ტესტის კლასიკურ მაგალითია სასამართლოს შეფასება საქმეზე *Barnett v Chelsea & Kensington Hospital Management Committee*, რომლის ფარგლებშიც სასამართლომ იმსჯელა, რომ მართალია, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მხრიდან გამოვლინდა გაუფრთხილებლობა, რადგანაც პაციენტებს არ ჩაუტარდათ სათანადო გამოკვლევები, მაგრამ საავადმყოფოს მიერ პაციენტების მიღების მომენტიდან მათი მონამვლის ხარისხი იმდენად მაღალი იყო, რომ გამოკვლევების დროულად ჩატარების შემთხვევაშიც კი ფატალური შედეგი ვერ იქნებოდა თავიდან აცილებული.⁵⁴ But for ტესტის მიხედვით, რომ არა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის გაუფრთხილებლობა, საზიანო შედეგი მაინც დადგებოდა, შესაბამისად პასუხისმგებლობა არ დადგა.

ანგლოამერიკულ სამართალში გამოიყენება „უფრო მოსალოდნელია ვიდრე არა“ სტანდარტი, რომელიც 1971 წელს ოჰაიოს უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილებას უკავშირდება საქმეზე *Cooper v. Sisters of Charity of Cincinnati, Inc.* და შეეხება გადარჩენის შანსის ალბათობის განსაზღვრას.⁵⁵ მაშინ, როდესაც არ საჭიროებდა მტკიცებას, რომ საავადმყოფოს სამედიცინო პერსონალს ჰქონდა პაციენტის მკურნალობის მოვალეობა და აღნიშნული ბრალეულად არ განახორციელეს, სასამართლოსთვის გადაწყვეტილების მისაღებად მთავარი ინდიკატორი იყო გარდაცვალების ზუსტი მიზეზის კავშირი განხორციელებულ ბრალეულ ქმედებასთან.⁵⁶ სასამართლო დაეყრდნო საქმეში წარმოდგენილ საექსპერტო დასკვნას, რომელიც მიუთითებდა, რომ სათანადო და დროული სამედიცინო ინტერვენციის შემთხვევაშიც კი გადარჩენის შანსის მხოლოდ 50%-იანი ალბათობა არსებობდა.⁵⁷ იქიდან გამომდინარე, რომ სწორი სამედიცინო ჩარევის პირობებშიც კი პაციენტის გადარჩენის შანსი მხოლოდ სავარაუდო იყო და არ დგინდებოდა 50%-ზე მეტი ალბათობა, სასამართლომ სამედიცინო დაწესებულების და მისი პერსონალის პასუხისმგებლობა არ დაადგინა.⁵⁸

აღნიშნული გადაწყვეტილება საინტერესოა იმ თვალსაზრისით, რომ სასამართლომ იმსჯელა პაციენტის გადარჩენის შანსებზე და თუმცა აღნიშნული გადაწყვეტილება შორს დგას დაკარგული შანსების თეორიისგან, თუ დადგინდებოდა 50%-ზე მეტი ალბათობა გადარჩენისა, აღნიშნული გახდებოდა პასუხისმგებლობის განმსაზღვრელი.⁵⁹

მიზეზობრიობის შეფასების ზემოაღნიშნული მიდგომის გამოყენებისას კრიტიკულ საკითხს წარმოადგენს ის ფაქტორი, რომ შესაძლოა იკვეთებოდეს ექიმის აშკარა უხეში გაუფრთხილებლობა, რომელიც მომეტებული რისკის მქონე იყო არა მხოლოდ კონკრეტული პაცი-

⁵² იქვე, ველი 4.

⁵³ Stauch, Marc S., *Medical Malpractice and Compensation in Germany*, Chicago-Kent Law Review, Vol. 86, № 3, 2011, 1152.

⁵⁴ *Barnett v Chelsea & Kensington Hospital Management Committee* [1969] 1 QB 428.

⁵⁵ გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

⁵⁶ *Cooper v. Sisters of Charity of Cincinnati, Inc.* (1971) 27 Ohio St. 2d 242.

⁵⁷ იქვე.

⁵⁸ იქვე.

⁵⁹ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 48 – 50.

ენტის, არამედ, ზოგადად, სამომავლო სამედიცინო ურთიერთობებისთვისაც, თუ მას არ მოჰყვება პასუხისმგებლობის შესაბამისი ზომების განსაზღვრა.⁶⁰ შედეგად მიიღება ისეთი მოცემულობა, რომ ექიმი არღვევს ზრუნვის მოვალეობას, სჩადის უხეშ გაუფრთხილებელ ქმედებას და ამის მიუხედავად არ დგება პასუხისმგებლობა. „სამედიცინო შეცდომის ხარისხობრივი გრადაცია, როდესაც ის უხეშია (მიუტევებელია), უნდა განაპირობებდეს შეცდომის დაშვების მომეტებულ პასუხისმგებლობას. თუკი ექიმს პაციენტის კეთილსაიმედო გამოსავლის 50%-ზე დაბალი პროცენტული მაჩვენებლის გამო სრულად გავათავისუფლებთ პასუხისმგებლობისგან, მაშინ ხომ არ იქნება ეს იმის მანიშნებელი, რომ ადამიანის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას ფარდობით ღირებულებად ვაქცევთ?! მაშინ, როდესაც ადამიანი თანაბრად ღირებულია გამოჯანმრთელების 100%-იანი, თუ 50 და ნაკლები პროცენტული შანსის შემთხვევაში. ადამიანს უფლება აქვს გააგრძელოს სიცოცხლის თუნდაც მინიმალური შანსისთვის ბრძოლა ადეკვატური მკურნალობის მიღების გზით.“⁶¹

ზემოაღნიშნული მიდგომები ხასიათდება ძალიან რადიკალური, ხისტი დამოკიდებულებით პასუხისმგებლობისა და ზიანის ანაზღაურების მოცულობის მიმართ. პირველ რიგში, უნდა აღინიშნოს, რომ არ შეიძლება ადამიანის სიცოცხლის ან ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანი მარტივ არითმეტიკას დაექვემდებაროს, რადგანაც უზენაეს და საყოველთაოდ აღიარებულ სიკეთებს შეეხება საქმე. გარდა აღნიშნულისა, პრობლემურია, როდესაც არ დგება სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობა უხეში გაუფრთხილებლობის შემთხვევაში. ამასთან, ზიანის ერთმნიშვნელოვნად დაკისრება ან გამორიცხვა სრული მოცულობით, ყოველგვარი ზემოქმედის ფაქტორების გათვალისწინების გარეშე, ერთი მხრივ, წარმოადგენს მომეტებულ ტვირთს, ხოლო, შესაბამისად, მეორე მხრივ, ქმნის პასუხისმგებლობისგან უსაფუძვლო გათავისუფლების საფუძველს. იმის გათვალისწინებით, რომ პასუხისმგებლობა ან სრულად დგება, ან სრულად გამოირიცხება, ეს მიდგომა ასევე ცნობილია სახელწოდებით, როგორც „ყველაფერი ან არაფერი“.⁶²

3.2. დაკარგული შანსის თეორია

აღნიშნულის საპირისპიროდ, სასამართლო პრაქტიკაში „დაკარგული შანსის თეორია“ გამოიყენება, როდესაც ექიმის ბრალი დადასტურებულია, თუმცა უტყუარად ვერ დგინდება მის ქმედებასა და პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს შორის მიზეზობრივი კავშირი, რადგან ზიანი შესაძლოა წარმოშობილიყო როგორც არასწორი დიაგნოზის გამო, ისე სხვა მიზეზით, მაგალითად, დაავადების დასაშვები პროგრესირების შედეგად. ასეთ დროს პრობლემა მიზეზობრივ კავშირთან ერთად ზიანის ოდენობის განსაზღვრაა.⁶³ აღნიშნული თეორია ფართოდ განმარტავს სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის, როგორც დაცული სიკეთეების მასშტაბებს და მოიაზრებს, რომ უფლება სიცოცხლეზე, მათ შორის, მოიცავს უფლებას სიცოცხლისთვის ბრძოლაზე, სიცოცხლის მცდელობას ყველანაირი საშუალებით და გზით.⁶⁴ შესაბამისად, თუ

⁶⁰ გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

⁶¹ იქვე.

⁶² მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 47.

⁶³ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 47.

⁶⁴ გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

მიზეზობრიობა ქმედებასა და ხელყოფილ შედეგს შორის რთული სამტკიცებელია, მტკიცება იმის თაობაზე რომ პაციენტმა დაკარგა გამოჯანმრთელების ან/და გადარჩენის შანსი, უფრო მარტივდება, ანუ შანსის ზიანად კვალიფიკაცია ამარტივებს მტკიცების ტვირთს, ამასთან, შანსი შესაძლებელია მოაზრებულ იქნას ზიანად იმ შემთხვევაში, თუ დაკარგული შანსი რეალური და კონკრეტულია.⁶⁵ გარდა აღნიშნულისა, დაკარგული შანსის თეორია მნიშვნელოვანია იმიტაც, რომ ანაზღაურებას ითვალისწინებს დაკარგული შანსის პროპორციულად, ანუ ნაწილობრივ და არა სრულყოფილად,⁶⁶ კერძოდ, “Condition sine qua non თეორიისგან განსხვავებით, როცა მიზეზობრივი კავშირის დადასტურების შედეგად ზიანი სრულად ექვემდებარება ანაზღაურებას, დაკარგული შანსის დოქტრინის მიხედვით ზიანის კომპენსაცია უნდა მოხდეს გაშვებული შანსის პროპორციულად და როგორც წესი, ნაწილობრივ.”⁶⁷

დაკარგულ შანსებზე მსჯელობის სტანდარტის აშშ-ს სასამართლოს მიერ შემოღება უკავშირდება ვაშინგტონის უზენაესი სასამართლოს 1983 წელს მიღებულ გადაწყვეტილებას საქმეზე *Herskovits v. Group Health Cooperative of Puget Sound*, რომელზეც სასამართლომ გადაუხვია მიზეზობრიობის სტანდარტული პრინციპიდან და შეაფასა პაციენტის გამოჯანმრთელების შანსების შემცირება, რომელიც გამოწვეული იყო სამედიცინო პერსონალის გაუფრთხილებლობით.⁶⁸ აღნიშნული საქმის ფაქტობრივი გარემოებების თანახმად, პაციენტს ჰქონდა ფილტვის კიბო, რომლის დროული დიაგნოსტიკა ვერ მოხერხდა, შედეგად, მისი გადარჩენის შანსები 39%-დან 25%-მდე შემცირდა.⁶⁹ სტანდარტული მიდგომის ფარგლებში, რომელიც, მაგალითად, ზემოთ განხილულ კუპერის საქმეში იქნა გამოყენებული, აღნიშნული შემთხვევაზე გამორიცხავდა ექიმების პასუხისმგებლობას, რამდენადაც მიუხედავად დიაგნოსტიკის პრობლემებისა, გადარჩენის შანსი 50%-ზე დაბალი იყო. თუმცა ვაშინგტონის უზენაესმა სასამართლომ მიიჩნია, რომ პროცენტული მაჩვენებლის მიუხედავად, გადარჩენის შანსების შემცირებაც ზიანია, შესაბამისად სასამართლომ დაადგინა მიზეზობრივი კავშირი გაუფრთხილებლობასა და ზიანს შორის. დაკარგული შანსის დოქტრინის უფრო მკაფიო და ღირებულ იმპლემენტაციას წარმოადგენდა ოჰაიოს უზენაესი სასამართლოს 1996 წლის გადაწყვეტილება საქმეზე *Roberts v. Ohio Permanente Medical Group, Inc.*, რომელზეც სასამართლომ დაადგინა, რომ ზიანის ანაზღაურების ოდენობა უნდა გაანგარიშებულიყო გადარჩენის დაკარგული შანსის პროცენტული ოდენობის პროპორციულად, უფრო მარტივად, ზიანში გამოხატული თანხის ოდენობა უნდა გამრავლდეს დაკარგული შანსის პროცენტულ ოდენობაზე.⁷⁰

კონტინენტური ევროპის ქვეყნებიდან დაკარგული შანსის თეორია ეფექტურად გამოიყენება საფრანგეთში, რომელიც მიზეზობრივი კავშირის დადგენის შეუძლებლობის შემთხვევაშიც კი მოსარჩელის კომპენსირების შესაძლებლობას იძლევა.⁷¹ გადარჩენის შანსი მიიჩნევა

⁶⁵ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 62 – 63.

⁶⁶ მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 47 – 48.

⁶⁷ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 47.

⁶⁸ *Herskovits v. Group Health Cooperative of Puget Sound* (1983) 99 Wash. 2d 609.

⁶⁹ იქვე.

⁷⁰ *Roberts v. Ohio Permanente Medical Group, Inc.* (1996) 76 Ohio St. 3d 483.

⁷¹ G'Sell-Macrez, F., Medical Malpractice and Compensation in France: Part I: the French Rules of Medical Liability since the Patients' Rights Law of March 4, 2002, *Chicago-Kent Law Review*, Vol. 86, № 3, 2011, 1114.

დაცულ სიკეთედ, ხოლო ფაქტობრივი ზიანის ანაზღაურების ნაცვლად ხდება გადარჩენის შანსის წართმევის პროპორციული კომპენსაცია.⁷² საინტერესოა აღინიშნოს, რომ დაკარგული შანსის დოქტრინა არ ვრცელდება მხოლოდ სამედიცინო სამართალზე, არამედ, იგი მოიაზრებს ნებისმიერ სფეროში ზიანის ანაზღაურებას ისეთი შანსის გამო, რომელიც ვერ რეალიზდა ზიანის მიმყენებლის მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული ქმედების შედეგად. ასე, მაგალითად, ზიანის ანაზღაურება შესაძლოა გათვალისწინებული იყოს კარიერული, შემოსავლების, გამოჯანმრთელების შანსის დაკარგვისას და სხვ.⁷³ საქართველო პრაქტიკულად არ იცნობს ამ დოქტრინას და სამედიცინო სამართლის განვითარების საჭიროებიდან გამომდინარე, აგრეთვე პაციენტების უფლებების დაცვის უკეთ ხელშესაწყობად და კომპენსაციის რაციონალური განაწილებისათვის სასურველია, თუ ქართული სასამართლო პრაქტიკაც იხელმძღვანელებს აღნიშნული თეორიით სამედიცინო (და არა მარტო) საქმეების გადაწყვეტის პროცესში.

უნდა აღინიშნოს, რომ დაკარგული შანსის თეორია უფრო სამართლიანი მიდგომაა გადაწყვეტილების მიღების დროს სხვადასხვა უპირატესობის გამო: პირველ რიგში, აღნიშნული ამარტივებს მტკიცების ტვირთს, ამასთან, სიცოცხლის უფლების ფარგლებში დაცულ სიკეთედ მოიაზრებს ასევე უფლებას სიცოცხლის შენარჩუნებისთვის ბრძოლაზე. გასათვალისწინებელია, რომ დაკარგული შანსის თეორია ერთგვარად ხელს უწყობს დაზარალებულის კომპენსირებას რადგან სრულად არ გამოორიცხავს ზიანის ანაზღაურებას, მეორე მხრივ კი, რამდენადაც მიზეზობრიობა უტყუარად არ დგინდება, ზიანის მიმყენებელსაც ანაზღაურების სრულ ტვირთს არ აკისრებს, რაც შედარებით ყველაზე რაციონალურ და სამართლიან მიდგომად უნდა ჩაითვალოს, რამდენადაც „საკითხის სამართლიანი გადაწყვეტა ნიშნავს არა მხოლოდ დაზარალებულის დაცვას, არამედ ზიანის მიმყენებლის ადეკვატურ პასუხისმგებლობასაც.“⁷⁴

ზოგჯერ სასამართლო აღარ იკვლევს მიზეზობრიობის წინაპირობებს თუ მოპასუხის ქცევამ ცალსახად გაზარდა ზიანის რისკი და პაციენტს უკეთესი შედეგის მიღების არსებითი შანსი წაართვა, განურჩევლად იმისა, თუ რა შედეგი დადგა.⁷⁵

4. მტკიცების ტვირთი

სამედიცინო დავებში მტკიცების ტვირთი, როგორც წესი, მოსარჩელის მხარესაა, რომელმაც უნდა ამტკიცოს არა მხოლოდ ზიანის დადგომის ფაქტი, არამედ ისიც, რომ ექიმი გაუფრთხილებლად მოქმედებდა და ზიანი აღნიშნულის შედეგია. გარდა ასეთ დავებზე მიზეზობრიობის დადგენის სირთულისა, პაციენტის ტვირთს ამწვავებს ისიც, რომ მას შესაბამისი პროფესიული ცოდნა, განსხვავებით სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისგან, არ გააჩნია.

პრაქტიკაში არსებობს დოქტრინები, რომლებიც ამარტივებს მტკიცების ტვირთს:

ანგლოამერიკულ სამართალში არსებობს გავრცელებული დოქტრინა *Res Ipsa Loquitur*, რომელსაც მტკიცების ტვირთი გადააქვს ზიანის მიმყენებელზე და მოპასუხის გაუფრთხი-

⁷² გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 54.

⁷³ გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

⁷⁴ გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 63.

⁷⁵ *Herskovits v. Group Health Cooperative of Puget Sound* (1983) 99 Wash. 2d 609.

ლებლობა ივარაუდება, სანამ სანინალმდეგოს თავად არ დაამტკიცებს.⁷⁶ ეს დოქტრინა სამი ელემენტის კუმულაციურ არსებობას მოიაზრებს: „1. შემთხვევა ისეთი ბუნებისაა, რომ ის ჩვეულებრივ არ მოხდებოდა, ვინმეს რომ გაუფრთხილებლობით არ ემოქმედა; 2. გარემოება, რომელმაც გამოიწვია შემთხვევა, მოპასუხის კონტროლქვეშ იყო; 3. მოსარჩელეს არ მიუძღვის წვლილი შემთხვევის დადგომაში.“⁷⁷

მტკიცების ტვირთს ამარტივებს მოპასუხის ბრალეულობის პრეზუმფიცია, რომელიც საქართველოს სამართლებრივი მოწესრიგების ჭრილში ქვემოთ იქნება განხილული.

თავის მხრივ, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მტკიცების ტვირთს საგრძნობლად ამარტივებს სამედიცინო დოკუმენტაციის დადგენილი წესით წარმოება და ჩატარებული ყველა პროცედურის სათანადო წესით დოკუმენტირება, რამდენადაც პროცედურების სათანადოდ ჩატარება შესაძლოა დადასტურდეს წარმოდგენილი დოკუმენტაციის მეშვეობით.⁷⁸ ასეთ დოკუმენტაციას მიეკუთვნება მატერიალური თუ ელექტრონული ფორმით შედგენილი სამედიცინო დოკუმენტაცია და ყველა ის წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც პაციენტის ისტორიის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.

შედარებითი ანალიზის ფარგლებში უნდა აღინიშნოს, რომ გერმანია აღიარებს მტკიცების ტვირთის გადატანის შემთხვევას და იცნობს მკურნალობაში უხეში შეცდომის ცნებას, რომელიც მოიაზრებს გაუმართლებელ შეცდომას და ვლინდება მკურნალობის დადგენილი წესების ცალსახა დარღვევაში და რომლის არსებობისას მტკიცების ტვირთი გადადის მოპასუხის მხარეს.⁷⁹

5. ქართული სამართლებრივი ჩარჩო და სასამართლო პრაქტიკა

საქართველოს კანონმდებლობით, ექიმისთვის პაციენტის მკურნალობის ვალდებულების წარმომშობ ნორმას ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი წარმოადგენს, რომელიც სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ვალდებულებას შეთანხმებას ან გადაუდებელ შემთხვევას უკავშირებს.⁸⁰ იმავე კანონის თანახმად, „ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესებისათვის ან სიკვდილისათვის, ან პაციენტისათვის მიყენებული მორალური ან მატერიალური ზიანისათვის პასუხისმგებლობა განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით“.⁸¹ კანონმდებლობით განსაზღვრული პასუხისმგებლობის საფუძვლებს საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი ადგენს, რომლის თანახმადაც, „სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობისას (ქირურგიული ოპერაციის ან არასწორი დიაგნოზით დამდგარი შედეგი და სხვ.) პირის ჯანმრთელობისათვის მიყენებული ზიანი ანაზღაურდება საერთო საფუძვლებით.

⁷⁶ პეპანაშვილი ნ., სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალეულობის პრეზუმფიცია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში, „სამართლის ჟურნალი“, № 2, 2016, 126 – 128.

⁷⁷ Mackey W. R., Torts – Res Ipsa Loquitur in Malpractice Cases, the Superior Knowledge Factor, UC Law Journal, Vol. 9, issue 3, 1958, 322.

⁷⁸ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი № 2 (70), 2021, 91.

⁷⁹ Wienke A., Errors and Pitfalls: Briefing and Accusation of Medical Malpractice – the Second Victim, German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery, 2013.

⁸⁰ საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/1997, 38-ე მუხლის 1-ლი პუნქტი.

⁸¹ იქვე, მუხლი 103.

ზიანის მიმყენებელი თავისუფლდება პასუხისმგებლობისაგან, თუ დაამტკიცებს, რომ ზიანის დადგომაში მას ბრალი არ მიუძღვის.⁸² საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 1007-ე მუხლი სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების მომწესრიგებელ სპეციალურ ნორმას წარმოადგენს. საინტერესოა შეფასდეს ამ მუხლით დადგენილი სხვადასხვა წინაპირობა:

ა) აღნიშნული ნორმა მიუთითებს სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობისას მიყენებულ ზიანზე. ამ თვალსაზრისით საინტერესოა, აღნიშნული მუხლი მხოლოდ საავადმყოფოში განხორციელებულ მკურნალობას მოიაზრებს თუ საავადმყოფოს მიღმა, სამედიცინო პერსონალის მიერ განხორციელებულ ნებისმიერ ქმედებას თუ უმოქმედობას? სასამართლო პრაქტიკიდან ირკვევა, რომ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის დაკმაყოფილება არ არის შემოფარგლული მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობის დროს მიყენებული ზიანის ანაზღაურებით, თუმცა არასწორი ინტერპრეტაციის თავიდან აცილების მიზნით, ლიტერატურაში გამოთქმულია მოსაზრება იმის თაობაზე, რომ სასურველია თუ შეიცვლება ჩანაწერი და „მკურნალობის“ ნაცვლად მიეთითება „სამედიცინო დახმარების“ განევის თაობაზე, რომელიც აღმოფხვრის აღნიშნულ ხარვეზს, ნორმას გააფართოვებს ზოგადად სამედიცინო დახმარების გამწევ სუბიექტებზე აქცენტირებით, მომსახურების განევის ადგილის მიუხედავად და მოხსნის ფრჩხილებში მითითებული არაამომწურავი ჩამონათვალის საჭიროებასაც.⁸³

ბ) სამოქალაქო კოდექსის 1007-ე მუხლი საინტერესოა, აგრეთვე, მტკიცების ტვირთის გაანალიზების თვალსაზრისით, რამდენადაც აღნიშნული ნორმა ადგენს სამედიცინო მომსახურების გამწევის ბრალეულობის პრეზუმფციას,⁸⁴ რამდენადაც მიუთითებს, რომ პასუხისმგებლობა არ დადგება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ზიანის მიმყენებელი დაამტკიცებს, რომ ზიანის დადგომაში ბრალი არ მიუძღვის.⁸⁵ ამ მხრივ საინტერესოა, რომ ნორმის ერთი და იმავე შემადგენლობის პირობებში სასამართლო პრაქტიკა საკმაოდ არაერთგვაროვნად ჩამოყალიბდა. სასამართლო მეტწილად არ იზიარებდა სამედიცინო მომსახურების გამწევის ბრალეულობის პრეზუმფციას და მტკიცების ტვირთი დაზარალებული მხარისკენ იყო შებრუნებული, თუმცა, ამ მხრივ, ბოლო წლებში ცვლილებები შეიმჩნევა. მაგალითად, 2010 წლის გადაწყვეტილებაში საქართველოს უზენაესმა სასამართლომ ბრალეულობის პრეზუმფციასთან დაკავშირებით მიუთითა: „პაციენტსა და ექიმს შორის წარმოშობილი ურთიერთობის სპეციფიკიდან გამომდინარე, ექიმი პასუხისმგებელია მხოლოდ მცდარ სამედიცინო მოქმედებაზე და მისი საქმიანობის მიმართ ბრალეულობის ვარაუდი (პრეზუმფცია) არ მოქმედებს.“⁸⁶ უზენაესმა სასამართლომ უახლესი პრაქტიკით იმსჯელა პრეზუმფციის დანიშნულებასა და სამოქალაქო საპროცესო კოდექსით⁸⁷ განსაზღვრულ მტკიცების ტვირთის განაწილების ურთიერ-

⁸² საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 31, 24/07/1997, მუხლი 1007.

⁸³ ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი № 2 (70), 2021, 88 – 89.

⁸⁴ პეპანაშვილი ნ., სამედიცინო მომსახურების გამწევის ბრალეულობის პრეზუმფცია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში, „სამართლის ჟურნალი“ № 2, 2016, 126 – 128.

⁸⁵ თუმცა აღნიშნული არ გამოირიცხავს დაზარალებულის შესაძლებლობას, წარადგინოს მტკიცებულებები სამედიცინო დაწესებულების ბრალეულობის დასადასტურებლად. იხ., ბიჭია მ., სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი № 2 (70), 2021, 91.

⁸⁶ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 25 მაისის განჩინება საქმეზე № ას-1268-1526-09

⁸⁷ საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/1997, 102-ე მუხლის 1-ლი ნაწილი.

თმომართებაზე⁸⁸ და აღნიშნა: „პრეზუმფციის დანიშნულება სამართალში იმის წინასწარ განსაზღვრას ემსახურება თუ სამართლებრივი ურთიერთობის მონაწილე, რომელი მხარისათვის უფრო ადვილი იქნება ობიექტურად დაამტკიცოს ესა თუ ის ფაქტი. პრეზუმფციის დაშვებით, კანონმდებელი, სამართლებრივი ურთიერთობის მონაწილეს, იცავს მტკიცების გადაულახავი ტვირთის დაკისრებისაგან და ამ მიზნით, აწესებს მტკიცების სტანდარტს. შესაბამისად, პრეზუმირდება, რომ პაციენტის ჯანმრთელობას ზიანი სამედიცინო დაწესებულების ბრალით მიადგა და საწინააღმდეგოს დადასტურება სამედიცინო დაწესებულების მტკიცების ტვირთია. [...] შესაბამისად, მოპასუხის ბრალი ივარაუდება, მანამ, სანამ მოპასუხე, საწინააღმდეგოს არ დაამტკიცებს.“^{89/90} ლიტერატურაში გამოთქმულია რეკომენდაცია, რომ შესაძლოა გამართლებული იყოს ბრალეულობის პრეზუმფციის დამატება სამოქალაქო კოდექსის 992-ე მუხლში და მისი განმტკიცება დელიქტის მომწესრიგებელი ზოგადი ნორმის დისპოზიციაში.⁹¹

გ) ასევე უნდა შეფასდეს, მოიაზრება თუ არა ნორმის დისპოზიციაში უმოქმედობის შემთხვევა? ამ თვალსაზრისით უნდა ითქვას, რომ ნორმას აქვს ზოგადი ხასიათი და ვრცელდება მკურნალობის შემთხვევაზე, გარდა აღნიშნულისა, მიყენებული ზიანის სახეების ჩამონათვალი არ მიუთითებს კონკრეტულად მოქმედებით თუ უმოქმედობით მიყენებული ზიანის სახეებზე და არც ამომწურავია, ამდენად, სამოქალაქო კოდექსის 1007-ე მუხლი ვრცელდება უმოქმედობით გამოწვეულ ზიანზე.⁹²

აღნიშნული ნორმა, თავის მხრივ, მიუთითებს დელიქტის ზოგად შემადგენლობაზე,⁹³ მაშასადამე მართლსაწინააღმდეგო, განზრახი ან გაუფრთხილებელი მოქმედებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების ვალდებულების წარმოშობაზე.⁹⁴ საჭიროა შეფასდეს ზიანის ანაზღაურების წინაპირობები ერთნაირია მოქმედებით და უმოქმედობით მიყენებული ზიანის დროს, თუ არსებობს განსხვავებები.⁹⁵

უნდა აღინიშნოს, რომ უმოქმედობის განმარტება საქართველოს კანონმდებლობაში არ მოიძებნება. რაც შეეხება სამედიცინო შეცდომას, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი მცდარ სამედიცინო ქმედებას განმარტავს, როგორც „ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარებას, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო“⁹⁶ მიზეზი გახდა.“⁹⁷ საგულისხმოა, რომ აღნიშ-

⁸⁸ *პეპანაშვილი ნ.*, სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სადისერტაციო ნაშრომი, თბილისი, 2016, 160-161.

⁸⁹ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2022 წლის 17 ნოემბრის განჩინება საქმეზე №ას-1169-2022.

⁹⁰ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2024 წლის 19 ივნისის განჩინება საქმეზე №ას-45-2024.

⁹¹ *პეპანაშვილი ნ.*, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალეულობის პრეზუმფცია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში, „სამართლის ჟურნალი“ № 2, 2016, 129.

⁹² *გუჯაბიძე ნ.*, ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

⁹³ *Bichia M.*, Peculiarities of Medical Torts in Georgian Judicial Practice, South Caucasus Law Journal, 09/2018 – 2019, 231.

⁹⁴ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 31, 24/07/1997, მუხლი 992.

⁹⁵ *მახათაძე შ.*, მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 36.

⁹⁶ სპეციალური ნორმა ადგენს უშუალო მიზეზობრიობას და მიუთითებს რომ ზიანის უშუალო მიზეზი უნდა იყოს სამედიცინო შეცდომა. იხ., *გელაშვილი ი.*, დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 60.

⁹⁷ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/1997, მუხლი 3, „ო“ ქვეპუნქტი.

ნული ნორმა პირდაპირ არ ითვალისწინებს უმოქმედობაზე მითითებას, აღნიშნული მხოლოდ ნაგულისხმევია, ამიტომაც მეტი სიცხადისთვის სასურველია, ნორმა განივრცოს და გაჩნდეს მკაფიო ჩანაწერი უმოქმედობის შესახებაც.⁹⁸

პაციენტი უფლებამოსილია „მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს კომპენსაცია ქონებრივი ან არაქონებრივი ზიანისთვის, რომლებიც გამოწვეულია მცდარი სამედიცინო ქმედებით.“⁹⁹

საიმისოდ, რომ ანაზღაურდეს ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანი, აუცილებელია საქმის გარემოებებიდან იკვეთებოდეს შემდეგი წინაპირობების კუმულაციური ერთობლიობა: „1) ექიმს უნდა ჰქონდეს მკურნალობის ვალდებულება; 2) მოვალეობა უნდა იყოს დარღვეული (მართლწინააღმდეგობა); 3) მოვალეობის დარღვევას უნდა მოჰყვეს შედეგი (ზიანი); 4) რომელიც თავიდან იქნებოდა აცილებული თუ ექიმი იმოქმედებდა (უმოქმედობის მიზეზობრივი კავშირი); 5) და იმავდროულად, სამედიცინო პერსონალს შეეძლო შეუფერხებლად ემოქმედა და შეესრულებინა საკუთარი ვალდებულება (ბრალის გამომრიცხველი გარემოების არარსებობა).“¹⁰⁰

მკურნალობის ვალდებულება

როგორც აღინიშნა, საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით ექიმს მკურნალობის ვალდებულება წარმოეშობა იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს ხელშეკრულება, გამოხატულია სიცოცხლისთვის საშიში ან ისეთი მდგომარეობა, რომელიც გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებს, ხოლო ექიმს ასეთი დახმარების აღმოჩენაზე უარის თქმის უფლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში აქვს, თუ დარწმუნდება, რომ პაციენტს სამედიცინო დახმარება უწყვეტად მიენოდება, თუ პაციენტი აღარ საჭიროებს გადაუდებელ დახმარებას ან თუ თავად ექიმის სიცოცხლე დგება რისკის ქვეშ.¹⁰¹

ბრალი

ზიანის ანაზღაურებისთვის აუცილებელია დადგინდეს, რომ ზიანი დადგა მომსახურების გამწვევის ბრალეული ქმედების ან უმოქმედობის შედეგად. უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტისთვის ზიანის განზრახ მიყენება არ წარმოადგენს გავრცელებულ შემთხვევას და ამ მხრივ, უნდა შეფასდეს გაუფრთხილებლობა, რომელიც შესაძლოა ექიმის მიერ გამოვლინდეს შინაგანი ან გარეგანი გულისხმიერების მოთხოვნების დარღვევით.¹⁰²

ზიანი

ზიანი ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო პერსონალის მართლსაწინააღმდეგო ქმედებას, კერძოდ, სამედიცინო შეცდომას, რომელიც გამოვ-

⁹⁸ გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.

⁹⁹ საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, სსმ, 19, 25/05/2000, მუხლი 10.

¹⁰⁰ მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 36.

¹⁰¹ იქვე, 38.

¹⁰² კვანტალიანი ნ., რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, „შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი“, 1/2022, 10.

ლინდა უმოქმედობაში, მოჰყვა პაციენტის მდგომარეობის გაუარესება ან რაიმე კონკრეტული ზიანი,¹⁰³ რომელიც უნდა იყოს ვალდებულების დარღვევის პირდაპირი შედეგი.¹⁰⁴

მიზეზობრივი კავშირი

ქართული სამართლისთვის დამახასიათებელია ადეკვატური მიზეზობრიობის თეორია, რომლის საკანონმდებლო სტანდარტიც საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 412-ე მუხლშია განმტკიცებული, რომლის თანახმადაც „ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ ის ზიანი, რომელიც მოვალისათვის წინასწარ იყო სავარაუდო და წარმოადგენს ზიანის გამომწვევი მოქმედების უშუალო შედეგს“¹⁰⁵ და რომელიც შემდეგნაირადაა განმარტებული ქართული სამართლო პრაქტიკით: „ადეკვატური მიზეზობრიობის თეორიის თანახმად, შედეგის მიზეზად ერთი პირობაც საკმარისია, თუ ის ქმნის შედეგის დადგომის ობიექტურ შესაძლებლობას, ანუ მიზეზობრივი კავშირის დადგენისას გადამწყვეტი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს მოვლენებს შორის ობიექტური კავშირის არსებობას და იმას, რომ მიზეზსა და შედეგს მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ კონკრეტულ შემთხვევაში. პირის მართლსაწინააღმდეგო ქმედება მხოლოდ მაშინაა ზიანის მიზეზი, როცა ის უშუალოდაა დაკავშირებული დამდგარ ზიანთან.“¹⁰⁶ ამ თეორიის პრაქტიკაში გამოყენება მოიაზრებს იმის შემოწმებას, რამდენად შეძლებდა ექიმი ამ ზიანის თავიდან აცილებას სწორი სამედიცინო ქმედების შემთხვევაში.

მიზეზობრივი კავშირის დასაბუთება, რომელიც დელიქტის უმთავრეს ელემენტია, საქართველოს სასამართლო პრაქტიკით დაზარალებულის მტკიცების ტვირთს წარმოადგენს.¹⁰⁷

პასუხისმგებლობის გამომრიცხველი გარემოებები

ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის განსაზღვრისთვის ასევე საჭიროა შეფასდეს ხომ არ არსებობს ექიმის პასუხისმგებლობის გამომრიცხველი გარემოებები. განარჩევენ სამოქალაქოსამართლებრივი პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლების სუბიექტურ (ხელმყოფის ან დაზარალებულის პიროვნებასთან დაკავშირებულ) და ობიექტურ (დაუძლეველი ძალა) ფაქტორებს.¹⁰⁸ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი ითვალისწინებს დაზარალებულის ბრალს ზიანის დადგომაში, რა შემთხვევაშიც „ზიანის ანაზღაურების ვალდებულება და მისი მოცულობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ უფრო მეტად რომელი მხარის ბრალით არის ზიანი გამოწვეული.“¹⁰⁹ აღნიშნულის მაგალითი შესაძლოა იყოს, როდესაც პაციენტი არ იცავს დანიშნულ მკურნალობას, რასაც შედეგად მოჰყვა მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება.

¹⁰³ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2019 წლის 26 ივლისის განჩინება საქმეზე №ას-645-2019.

¹⁰⁴ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 27 ივნისის განჩინება საქმეზე №ას-260-244-11.

¹⁰⁵ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 31, 24/07/1997, მუხლი 412.

¹⁰⁶ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2021 წლის 13 ოქტომბრის განჩინება საქმეზე №ას-960-2020.

¹⁰⁷ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის 11 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-111-111-2018.

¹⁰⁸ ბიჭია მ., სამედიცინო დანესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი № 2 (70), 2021, 94.

¹⁰⁹ მათ შორის, იგულისხმება პაციენტის უმოქმედობა, თუ მას შეეძლო თავიდან აეცილებინა ზიანი შესაბამისი მოქმედებით. იხ., საქართველოს კანონი, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 31, 24/07/1997, მუხლი 415.

ობიექტურ ფაქტორებს შორის უნდა გამოიყოს სამედიცინო მომსახურების გამწვანების კონტროლს მიღმა არსებული ისეთი გარემოებები, რომლებმაც მისგან დამოუკიდებლად შეუწყო ხელი ზიანის დადგომას.¹¹⁰ მაგალითად, პანდემიის გამო სამედიცინო დაწესებულებებისადმი მიმართვიანობის ზრდა, რაც, თავის მხრივ, მიმღები სამედიცინო პუნქტების გადატვირთულობასა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების შეფერხებას იწვევს.

საქართველოში სამედიცინო დავებზე მიმართვიანობის ნაკლებობა შეიძლება აიხსნებოდეს დაზარალებული მხარისთვის დაკისრებული გართულებული მტკიცების ტვირთით და ზიანის ანაზღაურების ოდენობის განსაზღვრის ნაწილში ხისტი პოლიტიკით.¹¹¹ სასამართლო სამართალწარმოება ისედაც ხარჯებთანაა დაკავშირებული, მით უფრო, სამედიცინო სამართლის სფეროში, როდესაც ამ სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე საჭირო ხდება დამოუკიდებელი პროფესიონალების მოწვევა და გადაწყვეტილების მიღება მათი დასკვნის საფუძველზე. მნიშვნელოვანია, კანონმდებლობა და სასამართლო პრაქტიკა გადაისინჯოს იმგვარად, რომ ხელი შეუწყოს სამედიცინო დავების რაციონალურ და სამართლიან გადაწყვეტას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სამართლიანი სასამართლოს კონსტიტუციით აღიარებული უფლება.¹¹²

6. დასკვნა

სამედიცინო სამართალი საქართველოში ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია, შესაბამისად, გასაკვირი სულაც არაა, რომ მას „ახასიათებს დაუშვებელი უკიდურესობები და მერყევი პერსპექტივა“.¹¹³ სამედიცინო დავებთან დაკავშირებული სასამართლო პრაქტიკის ანალიზმა აჩვენა, რომ სამართალშემფარდებელი ორგანოს მიდგომები არაერთგვაროვანია.

წინამდებარე ნაშრომში გაანალიზდა ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურების მომწესრიგებელი სამართლებრივი ნორმები და სასამართლო პრაქტიკა.

სამართლებრივი ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა, რომ საქართველოში სამედიცინო დელიქტის მომწესრიგებელი საკანონმდებლო დანაწესები ხარვეზულია და საჭიროებს ცვლილებას მეტი სიცხადისა და სასამართლოს მიერ გამოყენებისათვის.

ასევე გამოვლინდა სასამართლო პრაქტიკის არათანმიმდევრულობა მტკიცების ტვირთის განსაზღვრის ნაწილში, რომელიც ისევ და ისევ სასამართლო პრაქტიკით უნდა დარეგულირდეს, რისი ტენდენციაც ბოლო პერიოდში შეიმჩნევა, თუმცა მყარი სტანდარტი დადგენილი არ არის.

რაც შეეხება მიზეზობრივი კავშირის განსაზღვრას ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, აღნიშნული წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მწვავე პრობლემას და არა მხოლოდ საქართველოსთვის, არამედ გლობალურად. ამ გამოწვევასთან გასამკლავებლად მკაფიო გზამკვლევი არ არსებობს და სახელმწიფოს შიდა სტანდარტზეა დამოკიდებული მიდგომის არჩევა, რომელიც შედეგობრივად განსხვავდება. ამ მხრივ, საგულისხმოა აღინიშნოს, რომ არჩევანი მიზეზობრიობის გამოსაყენებელი თეორიის თაობაზე სასამართლოს პრე-

¹¹⁰ Art. 7.1.7 UNIDROIT Principles 2016.

¹¹¹ მახათაძე შ., სამედიცინო შეცდომის გამო ექიმის პასუხისმგებლობის მოწესრიგება ქართული კანონმდებლობით, სამედიცინო სამართლისა და მეწეწმენტის ჟურნალი, № 3 (6) 2024, 56 – 57.

¹¹² საქართველოს კონსტიტუცია, საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 31-33, 24/08/1995, მუხლი 31.

¹¹³ კვანტალიანი ნ., რუსთაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, „შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი“, 1/2022, 1.

როგატივა უფროა და სასურველია, თუ საქართველოს სასამართლოებიც დანერგავენ დაკარგული შანსის თეორიას პრაქტიკაში.

სამედიცინო სამართლის წიაღში წარმოშობილი პრობლემების გადაწყვეტა უმნიშვნელოვანესია იქიდან გამომდინარე, რომ როგორც ნაშრომის დასაწყისშიც აღინიშნა, ესაა დარგი, რომელიც მიმოიხილავს ისეთ ღირებულებებთან დაკავშირებულ ურთიერთობებს, როგორებიცაა ადამიანის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა. მოქალაქის უფლება ხელმისაწვდომ და ხარისხიან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე კონსტიტუციით განმტკიცებული ღირებულებაა.¹¹⁴ მეორე მხრივ, არც იმის უგულებელყოფა შეიძლება, თუ რამდენად უარყოფითად აისახება სამედიცინო პროფესიის მთლიანობაზე ხარვეზები სამედიცინო პასუხისმგებლობის მონესრიგების თვალსაზრისით.

საქართველოს სასამართლოში სამედიცინო დავების წარმოების მწირი პრაქტიკა მიუთითებს არა სამედიცინო შეცდომების დაბალ პროცენტულ მაჩვენებელზე, არამედ იმაზე, რომ დაზარალებული მხარეები არ მიმართავენ სასამართლოს საკუთარი დარღვეული უფლების აღსადგენად, რაც იმით შეიძლება აიხსნას, რომ კანონმდებლობა ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ გარანტიებს მათს დასაცავად.¹¹⁵

მნიშვნელოვანია, სახელმწიფომ შექმნას ისეთი სამართლებრივი ჩარჩო, რომელიც პაციენტების ინტერესებს დაიცავს ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი სტანდარტების განმტკიცების გზით.

ბიბლიოგრაფია:

1. საქართველოს კონსტიტუცია, საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 31-33, 24/08/1995.
2. საქართველოს კანონი, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 31, 24/07/1997.
3. საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი, პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/1997.
4. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, პარლამენტის უწყებანი, 47-48, 31/12/1997.
5. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, სსმ, 19, 25/05/2000.
6. ბიჭია მ., სამედიცინო სამართლის ცნება და ადგილი სამართლის სისტემაში, სამართალი და მსოფლიო, ტომი 9, № 28, 2023, 82.
7. ბიჭია მ., სამედიცინო დანესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურების სპეციფიკა: თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები, მართლმსაჯულება და კანონი № 2 (70), 2021, 88-91, 94.
8. გელაშვილი ი., დაკარგული შანსის თეორიის მნიშვნელობა სამედიცინო დავებში, მართლმსაჯულება და კანონი, № 4, (80), 2023, 27, 47-50, 54, 60, 63.
9. გუჯაბიძე ნ., ექიმის უმოქმედობით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სამედიცინო სამართლის ფორუმზე წარდგენილი მოხსენება, ალტე უნივერსიტეტი, 23 თებერვალი 2024.
10. კვანტალიანი ნ., რუსიაშვილი გ., ექიმის სამოქალაქო სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ზოგადი სისტემატიკა და ექიმის ბრალის მნიშვნელობა, „შედარებითი სამართლის ქართულ-გერმანული ჟურნალი“, 1/2022, 1, 8-10.
11. კროპკოლერი ი., გერმანიის სამოქალაქო კოდექსი, დარჯანია თ., ჭეჭელაშვილი ზ. (მთარგმნელები), ჩაჩანიძე ე., დარჯანია თ., თოთლაძე ლ. (რედ), მე-13 გამოცემა, თბილისი, 2014, § 823, ველი 21.

¹¹⁴ საქართველოს კონსტიტუცია, საქართველოს პარლამენტის უწყებები, 31-33, 24/08/1995, მუხლი 28.

¹¹⁵ მახათაძე შ., სამედიცინო შეცდომის გამო ექიმის პასუხისმგებლობის მონესრიგება ქართული კანონმდებლობით, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 3 (6) 2024, 56-57.

12. მახათაძე შ., სამედიცინო შეცდომის გამო ექიმის პასუხისმგებლობის მოწესრიგება ქართული კანონმდებლობით, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 3 (6) 2024, 48, 56 -58.
13. მახათაძე შ., მიზეზობრივი კავშირის სტანდარტი ექიმის უმოქმედობით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანის ანაზღაურებისას, სამედიცინო სამართლისა და მენეჯმენტის ჟურნალი, № 1/2022, 36, 38, 41, 42, 45- 48.
14. პეპანაშვილი ნ., სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ბრალეულობის პრეზუმფცია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში, „სამართლის ჟურნალი“ №2, 2016, 121-122, 126 – 129.
15. პეპანაშვილი ნ., სამედიცინო დანესებულების მიერ მიყენებული ზიანის ანაზღაურება, სადისერტაციო ნაშრომი, თბილისი, 2016, 160-161.
16. რუსიაშვილი გ., სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, წიგნი III, ვალდებულებითი სამართლის ზოგადი ნაწილი, 2019, მუხლი 412, ველი 3.
17. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2024 წლის 19 ივნისის განჩინება საქმეზე №ას-45-2024.
18. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2022 წლის 17 ნოემბრის განჩინება საქმეზე №ას-1169-2022.
19. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2021 წლის 13 ოქტომბრის განჩინება საქმეზე №ას-960-2020.
20. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2019 წლის 26 ივლისის განჩინება საქმეზე №ას-645-2019.
21. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2018 წლის 11 მაისის გადაწყვეტილება საქმეზე №ას-111-111-2018.
22. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2017 წლის 24 თებერვლის განჩინება საქმეზე №ას-1206-1166-2016.
23. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2016 წლის 22 იანვრის განჩინება საქმეზე №ას-1102-1038-2015
24. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2011 წლის 27 ივნისის განჩინება საქმეზე №ას-260-244-11.
25. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2010 წლის 25 მაისის განჩინება საქმეზე №ას-1268-1526-09.
26. UNIDROIT Principles of International Commercial Contracts 2016.
27. German Civil Code (BGB), 10/08/2021.
28. Bichia M., Peculiarities of Medical Torts in Georgian Judicial Practice, South Caucasus Law Journal, 09/2018 – 2019, 226, 227, 231.
29. Davies C. E., Shaul R.Z., Physicians' Legal Duty of Care and Legal Right to Refuse to Work During Pandemics, Canadian Medical Association Journal (CMAJ), Vol. 182, № 3, 2010, 320–321.
30. Fletcher M. T., Standard of Care in Legal Malpractice, Indiana Law Journal 43, №3, 1968, 773.
31. G'Sell-Macrez, F., Medical Malpractice and Compensation in France: Part I: the French Rules of Medical Liability since the Patients' Rights Law of March 4, 2002, Chicago-Kent Law Review, Vol. 86, № 3, 2011, 1114.
32. Hayward R., Asch S. M., Hogan M. M., Hofer T. P., Kerr E.A., Sins of Omission: Getting too Little medical Care May be the Greatest Threat to Patient Safety, Jourbal of General Internal Medicine, Vol. 20, № 1, 2005, 35.
33. Heywood R., Systemic Negligence and NHS Hospitals: An Underutilized Argument, *King's Law Journal*, 2021, 3.
34. Kadner Graziano T., Loss of a Chance in European Private Law – “All or nothing” or partial liability in cases of uncertain causation, In: Causation in Law. Lubos Tichy (Ed.). Prague: Univerzita Carlova, 2007, 141.

35. Kass J., Rose R. V., Medical Malpractice Reform: Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs, *AMA Journal of Ethics*, Vol. 18, № 3, 299.
36. Liddell K., Skopek J. M., Gallez I., Fritz Z., Differentiating Negligent Standards of Care in Diagnosis, *Medical Law Review*, 2022, Vol. 30, №1, 34.
37. Mackey W. R., Torts – Res Ipsa Loquitur in Malpractice Cases, the Superior Knowledge Factor, *UC Law Journal*, Vol. 9, issue 3, 1958, 322.
38. Merry A., McCall Smith A., *Errors, Medicine and the Law*, Cambridge University Press, UK, 2001, 176-177.
39. Misic Radanovic N., Vukusic I., Causation in Medical Malpractice, *EU and Comparative Law Issues and Challenges Series 4*, 2020, 778.
40. Stauch M., Wheat K., *Text, Cases and Materials on Medical Law and Ethics*, fourth edition, Routledge, USA and Canada, 2012, 22.
41. Stauch, Marc S., Medical Malpractice and Compensation in Germany, *Chicago-Kent Law Review*, Vol. 86, № 3, 2011, 1152.
42. Seidelson D. E., Medical Malpractice Cases and the Reluctant Expert, *Catholic University Law Review*, Vol. 16, issue 2, 1966, 158-160.
43. Suri S., Action, Affiliation, and a Duty of Care: Physicians' Duty of Care in Nontraditional Settings, *Fordham Law Review*, Vol. 89, № 2, 2020, 307.
44. Todorovski N., Medical Law and Health Law – Is it the Same?, *Medical Law and Ethics Journal*, Vol. 18, №2, 2018, 34
45. Wienke A., *Errors and Pitfalls: Briefing and Accusation of Medical Malpractice – the Second Victim*, German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery, 2013.
46. Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 W.L.R 582.
47. Bolitho v City and Hackney Health Authority [1998] A.C. 232.
48. Barnett v Chelsea & Kensington Hospital [1969] 1 QB 428.
49. Cooper v. Sisters of Charity of Cincinnati, Inc. (1971) 27 Ohio St. 2d 242.
50. Herskovits v. Group Health Cooperative of Puget Sound (1983) 99 Wash. 2d 609.
51. Roberts v. Ohio Permanente Medical Group, Inc. (1996) 76 Ohio St. 3d 483.
52. Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11.