

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი  
იურიდიული ფაკულტეტი

მირანდა ახვლედიანი

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების კონსტიტუციური  
გარანტიები საქართველოში

ხელმძღვანელი: სამართლის დოქტორი,  
ასოცირებული პროფესორი გიორგი კვერენხილაძე



სადისერტაციო ნაშრომი წარდგენილია სამართლის დოქტორის აკადემიური  
ხარისხის მოსაპოვებლად

თბილისი

2011

# სტრუქტურა

I. შესავალი-----	4
II. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება: მოკლე მიმოხილვა-----	7
2.1 ისტორიული ასპექტები-----	14
2.2 ტერმინოლოგიური პრობლემები-----	16
2.3 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დაცული სფერო-----	19
2.4 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების არსი-----	21
2.5 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დეფინიციები-----	22
2.6 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების გაზომვის საშუალებები – ინდიკატორები (უფლებრივი მიდგომა)-----	25
III. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება სხვა ქვეყნების კონსტიტუციებში-----	36
IV. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება საქართველოს კონსტიტუციაში-----	51
4.1 სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა: სამედიცინო დაზღვევა და სახელმწიფო პროგრამები-----	51
4.2 სახელმწიფო კონტროლის მექანიზმები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე-----	62
4.2.1 სამედიცინო დაწესებულებების კონტროლი-----	62
4.2.1.1 სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება-----	63
4.2.1.2 სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ხარისხის კონტროლი-----	63
4.2.2 საექიმო საქმიანობაზე ზედამხედველობა-----	66
4.2.2.1 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და დოკუმენტაციის წარმოების კონტროლი-----	68
4.2.3 წამლის კონტროლი-----	70
4.2.3.1 სამკურნალო საშუალებების ხარისხის უზრუნველყოფა-----	73
4.3 ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და უსაფრთხო გარემო-----	75

4.3.1	ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემო: უფლებები და მოვალეობები	77
4.3.2	სახელმწიფოს როლი უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად	80
4.3.3	გარემოს შესახებ ინფორმაციის მიღების უფლება	83
V.	ჯანმრთელობის დაცვის უფლება საერთაშორისო კანონმდებლობის მიხედვით	85
5.1	ჯანმრთელობის დაცვის უფლება სხვადასხვა საერთაშორისო ინსტრუმენტებში	85
5.1.1	საერთაშორისო სამართლებრივი აქტების იმპლემენტაციის მდგომარეობა ეროვნულ კანონმდებლობაში	89
5.2	ხელისუფლების ვალდებულებები ჯანდაცვაში ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლის მიხედვით, სასამართლო წესით დაცვა	91
5.3	ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევა	101
5.4	ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლი	104
5.5	საერთაშორისო პაქტის „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ მე-12 მუხლი	106
5.5.1	ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტება გაეროს ზოგადი კომენტარი №14-ის მიხედვით	108
5.6	ევროპის სოციალური ქარტიის მე-11 და მე-13 მუხლები	110
5.7	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია	112
5.8	ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია	115
VI.	ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და მომიჯნავე უფლებები	123
6.1	ჯანმრთელობის უფლება და სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებები	124
6.2	ადამიანის უფლებების ლეგიტიმური შეზღუდვები	129
VII.	დასკვნა	135
	ბიბლიოგრაფია	140

## I. შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება მნიშვნელოვანი უფლებაა და განმტკიცებულია როგორც საქართველოს კონსტიტუციით, ასევე სხვა ეროვნული საკანონმდებლო აქტებითა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით. მიუხედავად ამისა, მისი სრული მოცულობით განხორციელება მრავალ პრობლემასთანაა დაკავშირებული. განხორციელების პრობლემებს წარმოშობს როგორც ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონე, ასევე ამ უფლებასთან დაკავშირებული საკანონმდებლო ბაზის საფუძვლიანი შესწავლისა და გაანალიზების ნაკლებობა. საქართველოს კონსტიტუციაში ჯანმრთელობის დაცვის უფლება საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლშია<sup>1</sup> ჩამოყალიბებული, რომელიც ერთ-ერთი ფართო მოცულობისა და შინაარსის მქონე მუხლია. „მეცნიერების სწრაფმა განვითარებამ, მაღალი ტექნოლოგიებისა და ახალი მეთოდების დანერგვამ, დღის წესრიგში დააყენა ეთიკური და ფიზიკური თანამონაწილეობის საკითხების ახლებური ხედვა. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია გაძლიერდეს ჯანდაცვის სექტორში ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის გარანტიები თითოეული მოქალაქისათვის და განისაზღვროს თითოეულ სპეციფიკურ სიტუაციაში ჯანდაცვის მომსახურების მიმდების კონკრეტული უფლებები და მოვალეობები.“<sup>2</sup>

ნაშრომის აქტუალობა ჯანმრთელობის დაცვის უფლების მნიშვნელობიდან და ამ უფლების მოქმედების სფეროს ბუნდოვანებიდან გამომდინარეობს, რაც თავისთავად პრობლემას ქმნის უფლების რეალიზაციისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს ადამიანის სოციალურ უფლებათა ნუსხაში, ქართულ ენაზე პრაქტიკულად არ მოიპოვება ლიტერატურა, რომელიც ამ კონკრეტული უფლების დეფინიციას, ტერმინოლოგიურ პრობლემებს, ისტორიულ ასპექტებს, დაცულ სფეროს და ამ სფეროში ჩარევის ფარგლებს განსაზღვრავს. წინამდებარე ნაშრომი

<sup>1</sup> 1.ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით, კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.

2.სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და მა საშუალებებით ვაჭრობას.

3.ყველას აქვს უფლება ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში, სარგებლობდეს ბუნებრივი და კულტურული გარემოთი. ყველა ვალდებულია გაუფრთხილდეს ბუნებრივ და კულტურულ გარემოს.

4.ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად, საზოგადოების ეკოლოგიური და ეკონომიკური ინტერესების შესაბამისად, ახლანდელი და მომავალი თაობის ინტერესების გათვალისწინებით, სახელმწიფო უზრუნველყოფს გარემოს დაცვასა და რაციონალურ ბუნებათსარგებლობას.

5.ადამიანს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური და დროული ინფორმაცია მისი სამუშაო და საცხოვრებელი გარემოს მდგომარეობის შესახებ.

<sup>2</sup> Crossley M., Discrimination Against the Unhealthy in Health Insurance, The University of Kansas Law Review, 2005

ხელს შეუწყობს ქართული კანონმდებლობის შემდგომ დახვეწას ადამიანის უფლებების ეფექტური რეალიზაციის მიზნით.

ნაშრომი მიზნად ისახავს საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის გაანალიზებას და დადგენას, თუ რამდენად არის აღნიშნული მუხლი ჯანმრთელობის დაცვის უფლების გარანტი და დაცვის ძლიერი წყარო, რამდენად შეესაბამება არსებული რეალობა კანონით განმტკიცებული ამ უფლების განხორციელებას; მიმოიხილება ამ მუხლთან დაკავშირებული ეროვნული კანონმდებლობა, რაც შემდგომში საფუძველს დაუდებს საკანონმდებლო ცვლილებებს ამ უფლების სრული მოცულობით განხორციელებისათვის.

მიუხედავად იმისა, რომ ნაშრომი მიზნად ისახავს საქართველოს კანონმდებლობის მიმოხილვას, ის არ გამორიცხავს საერთაშორისო ხელშეკრულებების ანალიზსაც და მათ გავლენას საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლზე, ამ მუხლის შესაბამისობას ძირითადი საერთაშორისო ხელშეკრულებების იმ შესაბამის მუხლებთან, რომლებშიც დაცულია ჯანმრთელობის დაცვის უფლება; კერძოდ, იმ ხელშეკრულებებისა, რომლებიც საქართველოს პარლამენტის მიერ არის რატიფიცირებული და იურიდიული ძალა გააჩნია. შესაბამისად, მათ გამოყენებისათვის მყარი სამართლებრივი ბაზა აქვთ. „საქართველოს კანონმდებლობა საკმაოდ დეტალურად აწესრიგებს საერთაშორისო ხელშეკრულებათა როლს საქართველოს ნორმატიული აქტების სისტემაში. საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებები აღიარებულია ქვეყნის კანონმდებლობის ნაწილად, ნორმატიულ აქტად, რომელსაც შეუძლია წარმოშვას უფლებები და მოვალეობები ეროვნულ დონეზეც“.<sup>3</sup>

ნაშრომი შესრულებულია შედარებითი ანალიზის, სისტემური ანალიზის, პრაქტიკის განზოგადებისა და კვლევის სხვა მეთოდების გამოყენებით.

ნაშრომის სტრუქტურა შემდეგნაირად არის ჩამოყალიბებული:

მეორე თავში მიმოხილულია ჯანმრთელობის დაცვის უფლება ზოგადად, რაც გულისხმობს ამ უფლების თეორიულ მიმოხილვას (მათ შორის არისტოტელეს თეორიის მიხედვით). ამავე თავში განსაზღვრულია ჯანმრთელობის დაცვის უფლებისადმი სხვადასხვა მიდგომები, გაანალიზებულია ამ უფლების დაცვა სოციალური სახელმწიფოს მოთხოვნებთან მიმართებაში; მიმოხილულია ისტორიული ასპექტები და ტერმინოლოგიური პრობლემები, მოქმედების სფერო და ამ უფლების არსი; ჩამოყალიბებულია ჯანმრთელობის დაცვის უფლების მეტად მნიშვნელოვანი დეფინიციები და უფლების გაზომვის საშუალებები – ინდიკატორები.

<sup>3</sup> კორკელია, კ., “ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის გამოყენება საქართველოში”, 2004წ., გვ.12

მესამე თავში აღწერილია ჯანმრთელობის დაცვის უფლება სხვა ქვეყნების კონსტიტუციებში. ამ თავში გაანალიზებულია მნიშვნელოვანი კვლევები სხვადასხვა ქვეყნების კონსტიტუციებში უფლების არსებობის პრაქტიკულ მნიშვნელობასთან დაკავშირებით. ამავე თავის მიხედვით, განსაზღვრულია საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის ტიპი და მისი სტრუქტურულიდან გამომდინარე, მუხლის სიძლიერე ჯანმრთელობის დაცვის უფლების პრაქტიკულ განხორციელებასთან დაკავშირებით.

მეოთხე თავი ეთმობა ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას საქართველოს კონსტიტუციასა და ეროვნულ კანონმდებლობაში. ამ თავში წარმოდგენილია სამედიცინო დაზღვევა და სახელმწიფო პროგრამები, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის საშუალებები, სახელმწიფო კონტროლის მექანიზმები ჯანდაცვის სისტემაზე და ფარმაცევტულ წარმოებაზე; განხილულია კანონმდებლობა უსაფრთხო გარემოსა და მასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღებასთან დაკავშირებით.

მეხუთე თავში გაანალიზებულია ჯანმრთელობის დაცვის უფლება ყველაზე უფრო მნიშვნელოვან საერთაშორისო კანონმდებლობაზე დაყრდნობით; მათ შორის ადამიანის უფლების საყოველთაო დეკლარაციის, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის, ევროპის სოციალური ქარტიისა და ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის შესაბამისი მუხლების მიხედვით. განხილულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგულაციები.

მექექსე თავი ეთმობა ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასა და სხვა მომიჯნავე უფლებებს შორის არსებული კავშირის ანალიზს; აქვე განხილულია ძირითადი შეზღუდვები ამ უფლების განხორციელებისას.

დასკვნაში შეჯამებულია კვლევის შედეგები – საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის, ეროვნული კანონმდებლობის, საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევასთან დაკავშირებული სასამართლო პრაქტიკის ანალიზის საფუძველზე. გამოთქმულია რამდენიმე მოსაზრება და რეკომენდაცია საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლთან დაკავშირებით.

## II. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება: მოკლე მიმოხილვა

ჯანმრთელობა ადამიანის ერთ-ერთი უფლებაა, რომელიც აუცილებელია ადამიანის სხვა უფლებების რეალიზაციისათვის.<sup>4</sup> ამ კონკრეტული უფლების მნიშვნელობას და განსაკუთრებულობას ბევრი მეცნიერი და ინსტიტუტი აღიარებს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით - „ჯანმრთელობის გარეშე, სხვა უფლებები უმნიშვნელოა.“

განსაკუთრებული აქცენტი კეთდება უფლების ფუნდამენტურობაზე. „ჯანმრთელობის უფლება არის ფუნდამენტური უფლება და აქვს იგივე სამართლებრივი სტატუსი, როგორც რელიგიის თავისუფლებას ან სამართლიანი სასამართლოს უფლებას.“<sup>5</sup> ამავედროულად, „თუ ჯანმრთელობის უფლება არის ფუნდამენტური უფლება, მნიშვნელოვანი სხვაობა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასა და პიროვნების ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის უნდა განიხილებოდეს როგორც თანასწორობის პრინციპის დარღვევა. მაგრამ რეალობა სხვაა...“<sup>6</sup>

როგორც აღნიშნა რენე-ჟან დუპუემ, „ჯანმრთელობის უფლება არის ადამიანის უფლება“; რადგან ის არის ადამიანის უფლება და არა მხოლოდ მორალური განაცხადი, სახელმწიფო სამართლებრივად არის შებოჭილი გააკეთოს მეტი, ვიდრე ნება დართოს ამ უფლებით სარგებლობაზე; ეს ვალდებულება მიეკუთვნება ტერმინ „უფლებას“ და სხვადასხვა კონვენციებით ავალდებულებს სახელმწიფოებს „გადადგან ნაბიჯები“ უფლების შესრულებისათვის. იმისათვის, რომ ეს უფლება განხორციელდეს, აუცილებელია რესურსის გათვალისწინება, რადგან უფლება მიიღწევა სახელმწიფოს რესურსების გათვალისწინებით, ანუ გარკვეული სოციო-ეკონომიკური განვითარებაა საჭირო უფლების რეალიზაციისათვის. ასევე, აღნიშნული უფლება არ შემოიფარგლება მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნებით ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთი სერვისებით, როგორცაა სანიტარია და იმუნიზაცია. ის ვრცელდება ყველა სფეროზე, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე, მათ შორის სამუშაო და გარემო პირობებზე; და რაც ძალზე მნიშვნელოვანია - ჯანმრთელობის უფლება არის უნივერსალური. თანასწორობისა და

<sup>4</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია, 2000)

<sup>5</sup> Hunt p., The UN Special Rapporteur on The Right to Health: Key Objectives, Themes, and Interventions, [Http://www.jstor.org](http://www.jstor.org)

<sup>6</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 483

დისკრიმინაციის აკრძალვის პრინციპები მოითხოვს უნივერსალურ გამოყენებას სერვისებისა და ბენეფიტებისა, რაც საჭიროა ჯანმრთელობის უფლების შესასრულებლად. ამიტომ აუცილებელია გარკვეული ბაზისური დონე, რომ სამედიცინო მომსახურება იყოს ყველასათვის ხელმისაწვდომი და სისტემა არ იყოს დისკრიმინაციული.<sup>7</sup>

1941 წელს, რუზველტმა ჯანმრთელობა განსაზღვრა, როგორც ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი თავისუფლება ოთხ თავისუფლებას შორის. 1944 წელს კი თქვა, რომ ჯანმრთელობა არის საჭირო ეკონომიკური უსაფრთხოებისათვის, რომლის გარეშე „ნამდვილი ინდივიდუალური თავისუფლება არ არსებობს.“<sup>8</sup> ჯანმრთელობის დაცვა წარმოადგენს კრიტიკულ სამართლებრივ, პოლიტიკურ და მორალურ პრობლემას ამერიკის შეერთებულ შტატებში და მთელს მსოფლიოში.<sup>9</sup> მანი თვლიდა, „რომ ადამიანები ვერ იქნებიან ჯანმრთელნი, თუ ხელისუფლებები პატივს არ სცემენ მათ უფლებებსა და ღირსებას, რაც ჩართულია ჯანდაცვის პოლიტიკაში და დაფუძნებულია ეთიკურ ფასეულობებზე. ადამიანებს არ ექნებათ არც უფლებები და არც ღირსება, თუ ისინი არ არიან ჯანმრთელნი.“<sup>10</sup> ცხადია, რომ ჯანმრთელობა მნიშვნელოვანია პოპულაციის ფუნქციონირებისათვის. დაცული და ჯანმრთელი მოსახლეობა ქმნის მყარ საფუძველს თავისი ქვეყნისათვის – სახელწიფო სტრუქტურებს, სოციალურ ორგანიზაციებს, კულტურულ ქმნილებებს, ეკონომიკურ წარმატებებსა და ეროვნულ თავდაცვას. მოსახლეობის ჯანმრთელობა ხდება გამორჩეული ფასეულობა.<sup>11</sup> „თუ ადამიანს აქვს ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, მას უკეთ შეუძლია რაიმეს შექმნა, სოციალიზაცია, მუშაობა, ოჯახურ აქტივობებში ჩართვა და სოციალური ცხოვრება, რასაც მოაქვს აზრი და ბედნიერება.“<sup>12</sup>

თითოეულ ადამიანს აქვს ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის უფლება, რომელიც მისი ცხოვრების ღირსეულ პირობებს უზრუნველყოფს.<sup>13</sup> ჯანმრთელობის უფლება არ უნდა იყოს გაგებული როგორც უფლება – იყო ჯანმრთელი. ჯანმრთელობის უფლება მოიცავს როგორც თავისუფლებების, ასევე სხვა მსგავს უფლებათა ჩამონათვალს. თავისუფლებებს მიეკუთვნება საკუთარ ჯანმრთელობაზე და სხეულზე კონტროლის უფლება, მათ შორის სქესობრივი და რეპროდუქციული თავისუფლება, და ყოველგვარი ჩარევისაგან თავისუფლების უფლება, მაგალითად – წამებისაგან თავისუფლების უფლება და თავისუფალი თანხმობის გარეშე სამედიცინო ან სამეცნიერო ექსპერიმენტებისაგან

<sup>7</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 49-50  
<sup>8</sup> იხ.იქვე, გვ. 38  
<sup>9</sup> Greely H. T., Some Thoughts on Academic Health Law, Wake Forest Law Review, 2006, გვ. 163  
<sup>10</sup> Gostin L.O., Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann, Journal of Law, Medicine & Ethics, 2001, გვ. 88  
<sup>11</sup> იხ.იქვე, გვ.196  
<sup>12</sup> იხ.იგივე  
<sup>13</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000)



თავისუფლების უფლება. მეორე მხრივ, ჩამონათვალში არის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე უფლება, რომელიც ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტების რეალიზაციაზე თანაბარ შესაძლებლობებს უზრუნველყოფს.<sup>14</sup> „ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტი აღნიშნავს სამედიცინო მომსახურებას, უსაფრთხო სასმელი წყლის მისაწვდომობას, ადეკვატურ სანიტარიას, განათლებას, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას და სხვა განმსაზღვრელებს; ის შეიცავს თავისუფლებებს, როგორცაა დისკრიმინაციისაგან, არანებაყოფლობითი სამედიცინო ჩარევისაგან თავისუფლება, უფლებას პირველად ჯანდაცვაზე.“<sup>15</sup>

„ჯანმრთელობა“ არის ამოუცნობი ცნება, ხოლო ჯანმრთელობის უფლება არის კიდევ უფრო რთულად განსაზღვრად და აღსაწერი კონცეფცია. ინდივიდის ჯანმრთელობა შეიძლება განისაზღვროს ვიწროდ და ეხებოდეს სახელმწიფოს, რომელშიც ადამიანი თავისუფალია დაავადებისა და ტკივილისაგან. უფრო ფართო განსაზღვრება აქვს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციას. სახელმწიფოები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტები განიხილავენ მოსახლეობის ჯანმრთელობას, როგორც გაზომვადს სხვადასხვა ეპიდემიოლოგიური სტატისტიკით, რომელიც დაკავშირებულია ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებასა და დაფინანსებასთან. შესაბამისად, ჯანმრთელობის უფლება შესაძლოა შეიცავდეს ზოგადი, შეუზღუდავი ჯანმრთელობის უფლებას; უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე; უფლებას სამედიცინო მომსახურების საბაზისო პაკეტზე; უფლებას სამედიცინო დაზღვევაზე და სხვ.<sup>16</sup> ჯანმრთელობის დაცვის უფლების „გაზომვა“ და რეალური სურათის შექმნა ამ უფლების შესახებ, შესაძლოა ჯანდაცვის უფლებრივი ინდიკატორების საშუალებით.<sup>17</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება შეიძლება გაიმიჯნოს ორ დონეზე, (1)რომელიც წარმოშობს ვალდებულებებს საერთაშორისო დონეზე, რაც გარკვეულწილად სავალდებულოა ქვეყნებისათვის და (2)ეროვნულ დონეზე. „ეს არის ორი პარალელური უფლება - ფართო და ვიწრო. ფართო, რომელიც წარმოიქმნება პაქტების და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებებიდან და ვიწრო, რომელიც კანონმდებლობის უშუალო მოქმედებით აღწევს ამ უფლების შესრულებას.“<sup>18</sup>

გაეროს გენერალური ასამბლეა, გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საბჭო, ადამიანის უფლებათა კომისია, გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი,

<sup>14</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია, 2000)

<sup>15</sup> Backman G., Hunt P... Health systems and The Right To Health:an assessment of 194 Countries, The Lancet, Vol. 372,2008, pp.2047-2085

<sup>16</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes?A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 361

<sup>17</sup> იხ. ქვევით, გვ. 25

<sup>18</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 56

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია - ყველა ეს ორგანიზაცია თანხმდება რამდენიმე მნიშვნელოვან მოსაზრებაზე. პირველი, ადამიანის უფლება ჯანმრთელობაზე არის სამართლებრივი უფლება და არა უბრალოდ მორალური ვალდებულება. მეორე, უფლების უზრუნველსაყოფად და მისი განხორციელების გასაზომად საჭიროა რეალური ძალისხმევა და პროგრამული აქტივობები. მესამე, მცდელობების ყველა სფერო, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე - მოცემულია ჯანმრთელობის უფლების შესახებ კონცეფციაში. მეოთხე, ვალდებულება არის უნივერსალური, სიღარიბე არ არის საბაზი არაფრის კეთებისათვის. მესუთე, უფლება საჭიროებს როგორც პრევენციულ ქმედებებს, ასევე გამაჯანსაღებელს.<sup>19</sup> „საერთაშორისო დეკლარაციები ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობის დაცვის უფლებაზე ან შეიცავს მხოლოდ რჩევებს განხორციელებაზე, ან საერთოდ არა აქვს სქემა შიდა განხორციელებისათვის. ეს დოკუმენტები თავაზობენ მორალურ მიმართულებებს პოლიტიკის შემქმნელ ისეთ საერთაშორისო ორგანიზაციებს, როგორცაა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია; ისინი არ უზრუნველყოფენ ინდივიდების ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას. უაზრობაა მოითხოვო ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დეკლარაციაზე დაყრდნობით, ანუ ეს ნიშნავს, რომ „მე მაქვს ჯანდაცვის უფლება, მაგრამ კანონი არ მაძლევს საშუალებას განხორციელებისათვის.“<sup>20</sup>

ერთ-ერთი უდიდესი სირთულე ჯანმრთელობის უფლების განხორციელებისათვის არის ამ უფლების საზღვრებისა და შემადგენლობის განსაზღვრა. ლარი გოსტინი აღნიშნავს, „ჯანმრთელობის უფლება არის ფართოდ განსაზღვრული, განიცდის შემადგენლობის ნაკლებობას და ამიტომ აქვს ნაკლებად გამოხატული ეფექტი.“ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განსაზღვრება არის იმდენად ფართო, რომ ძალიან რთულია განხორციელებისა და გადაწყვეტილებების მისაღებად.<sup>21</sup>

უმეტესად, კონსტიტუციურ სამართლიანობას განაპირობებს პოლიტიკური და სოციალური რეალობა და არა სხვადასხვა სამართლებრივი აქტები. ეს ხდის უფლებებს საცხოვრებელზე, დასაქმებაზე, განათლებასა და ჯანდაცვაზე ასევე ფუნდამენტურს, ისეთ ტრადიციულ უფლებებთან ერთად, როგორცაა გამოხატვის, შეკრებისა და სინდისის თავისუფლება; მაგრამ ერთია ამ უფლებათა კოდიფიცირება, ხოლო პრაქტიკულად მათი რეალიზაცია - მეორე.<sup>22</sup> სამართლებრივი ვალდებულებები გადამწყვეტია ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის მისაღწევად. ამისათვის, ჯანდაცვის სისტემას უნდა ჰქონდეს ეროვნული ჯანდაცვის გეგმა, სოციალური პროგრამები დაუცველთათვის, ჯანმრთელობასთან

<sup>19</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 55  
<sup>20</sup> Sandhu P.K., A Legal Right to Health Care: What can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, California Law Review, 2007, გვ. 3  
<sup>21</sup> Ruger J.P., Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements, Yale Journal of Law&Humanities, 2006, გვ. 221  
<sup>22</sup> Oliviero M.B., The Randolph W. Thrower Symposium:Comparative Constitutionalism:Human Needs and Human Rights: Which are more fundamental?, Emory Law Journal, 1991, გვ.3

დაკავშირებული სერვისების მინიმალური პაკეტი, ეფექტური რეფერალური პროგრამა და უნდა ახასიათებდეს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ბენეფიციარების ჩართულობა, კულტურული განსხვავებების პატივისცემა და ა.შ.<sup>23</sup>

ზოგ შემთხვევაში საუბარია ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ბუნდოვანებაზე, რაც სირთულეს ქმნის უფლების რეალიზაციის თვალსაზრისით. ზოგი მეცნიერის მოსაზრებით, „ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობის დაცვის უფლება არის საკმაოდ ბუნდოვანი იმისათვის, რომ გააჩნდეს საფუძველი მონიტორინგისა და განხორციელებისა. სხვანი საუბრობენ კონცეპტუალურ სიცხადეზე, როგორც განმარტების, ასევე ამ უფლების ფარგლებისა.“<sup>24</sup>

საინტერესოა ჯანმრთელობის დაცვის უფლების თეორიული საფუძველი. „ვილოსოფიური და კონცეპტუალური მიდგომა ამ უფლებისათვის მერყეობს ინტერდისციპლინარულ გადაკვეთაზე სამედიცინო ეთიკისა, საერთაშორისო ურთიერთობებისა, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლისა, ჯანდაცვის პოლიტიკისა, ჯანდაცვის სამართლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამართლისა.“<sup>25</sup> რაგერის ნაშრომში განხილულია არისტოტელეს თეორია, რომელიც რამდენიმე კომპონენტისგან შედგება. აღნიშნული თეორიის თანახმად, საჭიროა ხელისუფლებამ გასცეს საკმარისი სიკეთე, სერვისი და პირობები, რომ მიაღწიოს ადამიანის „ფუნქციონირებას“, იმავედროულად, პატივი უნდა სცეს ადამიანის ღირსებას, ინდივიდებისათვის საკუთარი ცხოვრების გზის თავად განსაზღვრის საშუალებით.<sup>26</sup> პირველი კომპონენტის მიხედვით, აქცენტირებულია სახელმწიფოს როლი ადამიანებისათვის საბაზისო პირობების შექმნისათვის, რომ მათ შეძლონ ღირსეული არსებობა. სიტყვა „საკმარისი“ არის აღმნიშვნელი იმ მინიმალური ბენეფიტისა, რასაც ინდივიდი უნდა იღებდეს სახელმწიფოსაგან. მეორე მნიშვნელოვანი კომპონენტი ამ შეხედულებისა არის ის, რომ კეთილდღეობა, სამედიცინო მომსახურება და შემოსავალი არ შეადგენს პოლიტიკური აქტივობის შესაბამის ბოლოს.<sup>27</sup> ხოლო მესამე კომპონენტი არისტოტელეს შეხედულებისა ეხება პოლიტიკური გადაწყვეტილებების შეფასებას. კერძოდ, პოლიტიკური გადაწყვეტილებები საშუალებას უნდა აძლევდნენ ადამიანებს „იფუნქციონერონ“ უკეთ.<sup>28</sup> რაც თავისთავად გულისხმობს ამ გადაწყვეტილებების გონივრულობას და რეალობასთან შესაბამისობას.

<sup>23</sup> Backman G., Hunt P... Health systems and The Right To Health:an assessment of 194 Countries, The Lancet, Vol. 372,2008, pp.2047-2085

<sup>24</sup> Chapman A.R., Conceptualizing The Right to Health: A violations Approach, Tennessee Law Review, 1998, გვ. 208

<sup>25</sup> Ruger J.P., Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements, Yale Journal of Law&Humanities, 2006, გვ. 207

<sup>26</sup> იხ.იქვე, გვ. 213

<sup>27</sup> იხ. იგივე

<sup>28</sup> იხ. იგივე

იმავედროულად, სახელმწიფო უნდა პასუხობდეს სოციალური სახელმწიფოს მოთხოვნებს, რომ წარმატებით მოახდინოს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების რეალიზაცია. „თუ რეალურ ცხოვრებაში არ არსებობს იმის სოციალური პირობები, რომ ძირითადი უფლებები განხორციელდეს, მაშინ ამ უფლებების არსებობასაც აზრი ეკარგება... შესაბამისად, სახელმწიფო ამ პირობების უზრუნველყოფის ვალდებულებას იღებს თავის თავზე. თავისუფლების განხორციელებისათვის სახელმწიფო პასუხისმგებელია შექმნას მინიმალური სოციალური პირობები (სოციალური სახელმწიფო).“<sup>29</sup> გარდა ამისა, სოციალური სოლიდარობა არის ერთ-ერთი განმსაზღვრელი სოციალური სახელმწიფოსათვის. პოლ სიგარტი თვლის, რომ „ტესტი უფლებებისათვის არის არა ის, რომ მდიდარს აქვს ხელმისაწვდომობა სასამართლოზე და არის კარგად დაცული, ან ის, რომ ცხოვრების სტანდარტი უმრავლესობისათვის გაუმჯობესებულია, არამედ ის, რომ სუსტს ეხმარება ძლიერი. „საუკეთესო განმსაზღვრელი იმისა, რომ შეიძლება თუ არა საზოგადოებას ჭეშმარიტად ცივილიზებული ვუწოდოთ, არის ის, თუ როგორ ეპყრობა თავად საზოგადოება მის ყველაზე დაბალ საფეხურზე მყოფ ნაწილს.“<sup>30</sup>

ადამიანის უფლებების თავდაპირველი იდეა მოიაზრებდა უფლებებს სახელმწიფოს წინააღმდეგ. თანამედროვე ლიბერალიზმის პირობებში ეს იდეა გაფართოვდა და ის მოიცავს უფლებებსაც - მიიღო სარგებელი სახელმწიფოსაგან.<sup>31</sup> სოციალური სახელმწიფოს ერთ-ერთი უმთავრესი დამახასიათებელი ნიშანი სოციალური უფლებების აღიარება და განხორციელებაა. „ლიბერალური ტრადიცია, კონკრეტულად ლიბერტანული მიმდინარეობა, უარყოფითად არის განწყობილი ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობის დაცვის უფლების აღიარების მიმართ. ჯანმრთელობა, უპირველესად, არის პოზიტიური ვალდებულება და არა დამცავი ღობე. ამიტომ, ლიბერტანიზმის მიმდევარი ბევრი თეორეტიკოსი განმარტავს დებულებას ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, რომელიც ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ, როგორც კერძო საკუთრებაში უკანონო შეჭრას და კერძო მესაკუთრის თავისუფლების შელახვას საკუთარი ქონების განკარგვისას.“<sup>32</sup> თუმცა, თანამედროვე ლიბერალიზმის გამო განვითარებული ეკონომიკური და სოციალური უფლებები ვერ ჩაითვლება არარელევანტურად და უმნიშვნელოდ.<sup>33</sup>

საერთაშორისოდ აღიარებულ ადამიანის უფლებებს შორის, დასავლეთ ევროპის, იაპონიისა და ჩრდილოეთ ამერიკის ლიბერალური, დემოკრატიული

<sup>29</sup> იზორია ლ., თანამედროვე სახელმწიფო და თანამედროვე ადმინისტრაცია, სიესტა, 2009, გვ. 189

<sup>30</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 443

<sup>31</sup> იხ. იქვე, გვ. 442-443

<sup>32</sup> Chapman A.R., Conceptualizing The Right to Health: A violations Approach, Tennessee Law Review, 1998, გვ. 208

<sup>33</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 443

და სოციალური სახელმწიფოები მიმზიდველი მოდელებია დანარჩენი მსოფლიოსათვის, არსებული ბალანსის გამო, დემოკრატიული მოთხოვნებისა და ბაზრის ეფექტურობის მხრივ; მაგრამ დემოკრატია და განვითარება, საყოველთაოდ აღიარებული ადამიანის უფლებების მთელი სპექტრის გარეშე, კარგავს მიმზიდველობას. დემოკრატია ყოველთვის სჯობს ავტორიტარულ მმართველობას, თუმცა, ლიბერალური დემოკრატია უკეთესია არჩევით დემოკრატიაზე. თავისუფალი ბაზარი უმჯობესია, ვიდრე მართული ეკონომიკა, თუმცა სოციალური სახელმწიფო სჯობს თავისუფალ ბაზარს. სინამდვილეში, ლიბერალურ-დემოკრატიული სოციალური სახელმწიფოები ვერ ახერხებენ თავისი მოქალაქეების უფლებების რეალიზაციასაც კი. მიუხედავად ამისა, ეს ქვეყნები არიან მუდმივად მოწოდებულები საერთაშორისოდ აღიარებული ადამიანის უფლებების დაცვისაკენ. მხოლოდ ამ ქვეყნებში არის ძლიერი ბაზარი და დემოკრატია, რაც მოქმედებს ადამიანის უფლებების სისტემატური შეზღუდვის პირობებში; და სწორედ ამ შეზღუდვების გამო არის მათი ბაზარი და დემოკრატია შეჯიბრის ღირსი.<sup>34</sup>

ჯანმრთელობის უფლება ინდივიდუალური და სოციალური უფლებების დიქტომიაში სრულად ვერ ჯდება. პირველი თაობის ინდივიდუალური უფლებები და მეორე თაობის სოციალური უფლებები ერთმანეთისაგან დიდად არ განსხვავდება და ერთმანეთს არ ეწინააღმდეგება. პროფესორი მარკ თაშნეთი აღნიშნავს, რომ „ყველა უფლებას განაპირობებს ის სოციალური კონტექსტი, რომელშიც ეს უფლებები არსებობს. ამ დახასიათებიდან გამომდინარე, როგორც ინდივიდუალური, ასევე სოციალური უფლებები შესაძლოა მოიცავდეს პოზიტიურ ქმედებებს სახელმწიფოს (მთავრობის) მხრიდან, როგორცაა ხმის მიცემის უფლება ან დასაქმების სექტორში დისკრიმინაციისაგან დაცვის უფლება. გარდა ამისა, არ არსებობს ემპირიული მტკიცებულება იმისა, რომ სოციალური უფლებები ხელს უშლიან ან წინააღმდეგობაში მოდიან ინდივიდუალურ უფლებებთან. ის გარემოება, რომ ინდივიდუალური და სოციალური უფლებები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან და არ ეწინააღმდეგებიან ერთმანეთს, ეჭვის ქვეშ აყენებს კონსტიტუციურ სამართალში დიდი ხნის წინ დამკვიდრებულ მოსაზრებას, რომლის თანახმადაც, შეუძლებელია უფლებების ლიბერალური რეჟიმის და სოციალური კეთილდღეობის თანაარსებობა ერთ სახელმწიფოში. ერთ-ერთი მკვლევარი საჭიროდ იმასაც კი მიიჩნევს, რომ აშშ-ს კონსტიტუციაში, სოციალური კეთილდღეობის უფლებების არარსებობა ამ მოსაზრების ჭრილში იქნეს განხილული.“<sup>35</sup>

ეკონომიკური ინტეგრაცია და თავისუფალი ვაჭრობა გახდა უფრო ფართო. ამის მაგალითია, ევროპისა და ევროკავშირის განვითარება.

<sup>34</sup> Donnelly J., *Universal Human Rights in Theory and Practice*, 2d edition, Cornell University Press, 2003, გვ. 202  
<sup>35</sup> Littell A., *Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States*, *Connecticut Law Review*, 2002, გვ. 367

განვითარების ფონზე, მეტად დაფასდა ადამიანის უფლებები, და განსაკუთრებით, ჯანმრთელობის უფლება.<sup>36</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების გამოყენებისას გამოიყენება სხვადასხვა მიდგომები. ჰენკინის მიხედვით, მიდგომა, „უფლებრივი“ თვალსაზრისით, იწყება ადამიანიდან და ფოკუსირდება მის კეთილდღეობაზე. ადამიანის კეთილდღეობა მორალურობის საგანია და საზოგადოების ლეგიტიმური მიზანი უნდა იყოს. ის მოიცავს კონცეფციას პიროვნების თავისუფლებაზე. ჯანმრთელობის საკითხების განხილვისას ასევე გამოუყენებიათ სხვა მიდგომებიც, როგორცაა გამოყენებითი (უტილიტარული), პატერნალისტური ან საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებზე დამყარებული მიდგომა. გამოყენებითი მიდგომა ჯანდაცვას განიხილავს, როგორც უფრო მეტი სიკეთის მიწოდებას ხალხის მეტი ნაწილისათვის. პატერნალისტური ანუ პროფესიონალური მიდგომა იხილავს პიროვნებას როგორც ბენეფიციარს, რომელიც იღებს რჩევას და დახმარებას სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან, რომელიც ითვლება ყველაზე მეტად კომპეტენტურად მიიღოს გადაწყვეტილებები პიროვნების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. საბაზრო მიდგომა კი განიხილავს ჯანდაცვას, როგორც საქონელს, რომელიც უნდა გაიყიდოს და არა როგორც საზოგადოებრივ სიკეთეს, რომელიც უნდა განაწილდეს თანაბრად.<sup>37</sup> საქართველოში, ბოლო დროს განხორციელებული ჯანდაცვის რეფორმის მიხედვით, ჯანდაცვის საკითხებისადმი საბაზრო მიდგომა დომინირებს „უფლებრივი“ თვალსაზრისით მიდგომაზე.

„სოციალური და პოლიტიკური არასტაბილურობა დრამატულ გავლენას ახდენს ფუნდამენტურ უფლებებზე და მათი დაცვის მექანიზმებზე იმ ქვეყნებში, რომლებიც პოლიტიკურ ტრანსფორმაციას განიცდიან. მმართველობის ერთი ფორმიდან მეორეში გარდამავალი ქვეყნები ერთდროულად უნდა უმკლავდებოდნენ შიდა სოციალურ ძალებს, ეკონომიკურ მოთხოვნებსა და პოლიტიკური მმართველობის ცვალებადობას. სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებები შეიძლება იყოს ფუნქცია თანამედროვე სახელმწიფოსი, მაგრამ სოციალური და ეკონომიკური უფლებები არის ის, რისკენაც უნდა ისწრაფვოდეს სახელმწიფო.“<sup>38</sup>

## 2.1 ისტორიული ასპექტები.

„ყველა ძირითადი უფლების საზრისი ადამიანის ღირსების დაცვაა, რადგან იგი თითოეული პიროვნების იდენტურობასა და ავტონომიურობას უზრუნველყოფს. განვითარებული ქვეყნების კონსტიტუციებში განმტკიცებული ადამიანის უფლებები, ძირითადად, იმ სფეროების დაცვით შემოიფარგლება, რომლებიც ისტორიულად ხელყოფის მეტ საფრთხეს

<sup>36</sup> Kinney E.D., Realization of The International Human Right to Health in an Economically Integrated North America, American Society of Law, Medicine & Ethics, Journal of Law, Medicine & Ethics, 2009, გვ. 206

<sup>37</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 482

<sup>38</sup> Oliviero M.B., The Randolph W. Thrower Symposium: Comparative Constitutionalism: Human Needs and Human Rights: Which are more fundamental?, Emory Law Journal, 1991, გვ.3

ექვემდებარებოდნენ.<sup>39</sup> 1215 წლის მაგნა ქარტა და მისი შემდგომი აქტები (განმანათლებლობის ეპოქისა) აბსოლუტური ხელისუფლების ძალმომრეობისაგან თითოეული ადამიანის დაცვის საშუალება იყო.<sup>40</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების სამართლებრივ აქტებში აღიარება, ძირითადად, მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდს უკავშირდება. შედარებით ადრე განვითარდა კიდევ ერთი პროცესი, რომელიც გამოიხატა სახელმწიფოთა კონსტიტუციებში ძირითადი სოციალური უფლებების აღიარებით. ზოგიერთმა სახელმწიფომ ძირითადი სოციალური უფლებები კონსტიტუციაში საკმაოდ ადრეულ ეტაპზე შეიტანა.<sup>41</sup> თუმცა, „ჩვენს წელთ აღრიცხვამდე 2000 წლით ადრეც კი მიუღიათ ზომები ჰიგიენური გარემოს გაუმჯობესების მიზნით, რაც ხორციელდებოდა წყალმომარაგებისა და კანალიზაციის სისტემების მშენებლობით, განსაკუთრებით ქალაქებში.“<sup>42</sup>

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის მნიშვნელოვანი მოძრაობა ინგლისში დაიწყო, რომელსაც დიდი სტიმული მისცა ედვინ ჩედვიკმა. მან, უფრო უტილიტარული, ვიდრე თანასწორუფლებიანობის მოსაზრებით, მიაღწია „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის აქტის“ მიღებას, რომელიც ითვალისწინებდა ჯანდაცვის საბჭოების სისტემის ჩამოყალიბებას.<sup>43</sup>

ასევე მნიშვნელოვანი გახლდათ, მე-19 საუკუნის მეორე ნახევარში, საერთაშორისო სანიტარული კონფერენციების სერიათა ორგანიზება ევროპაში. ვაჭრობისა და ტრანსპორტირების განვითარებამ მოითხოვა გადამდები დაავადებების პრევენციის კოორდინირება საერთაშორისო დონეზე.<sup>44</sup> პირველი საერთაშორისო კონფერენცია სანიტარიაზე ჩატარდა 1851 წელს, პარიზში, ქოლერასთან დაკავშირებით. ამ კონფერენციაზე მიიღეს რეგულაციების სერია, რომელიც საერთაშორისო სანიტარულ ნორმებად არის მოხსენებული.<sup>45</sup>

ჯანმრთელობის უფლება, საერთაშორისო დონეზე, მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ განისაზღვრა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ. ამერიკის პრეზიდენტის, ფრანკლინ რუზველტის მიერ, 1941 წელს

<sup>39</sup> იზორია ლ., თანამედროვე სახელმწიფო და თანამედროვე ადმინისტრაცია, სიესტა, 2009, გვ. 187

<sup>40</sup> იხ. იგივე

<sup>41</sup> მექსიკა იყო პირველი ქვეყანა, რომელმაც ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები შეიტანა კონსტიტუციაში 1917 წელს, მას მოჰყვა საბჭოთა კავშირის კონსტიტუცია 1918 წელს და ვაიმარის რესპუბლიკის კონსტიტუცია 1919 წელს. ა. ტოუბესი, ად. ციტ. (შენიშვნა 7), გვ.14 და 79. In: ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 203

<sup>42</sup> ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 204

<sup>43</sup> გ.როსენი, ადგ. ციტ. (შენიშვნა 11), გვ.91. In: ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 204

<sup>44</sup> ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 205

<sup>45</sup> Mack E., The World Health Organization's New International Health Regulations, Chicago Journal of International Law, 2006, გვ.27

წარმოქმულმა „ოთხი თავისუფლების სიტყვამ“, სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებებთან ერთად, სოციალური უფლების აღიარებას დიდი სტიმული მისცა. მისმა მოწოდებამ „სიღარიბისაგან თავისუფლებისაკენ“ საფუძველი შეუქმნა ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების აღიარებას ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დოკუმენტებში.<sup>46</sup>

ჯანმრთელობის, როგორც ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შემადგენელი ნაწილის ფორმულირების ინიციატივით გამოვიდნენ 1945 წელს, სან-ფრანცისკოში გამართულ გაერთიანებული ერების კონფერენციაზე, რომელიც საერთაშორისო ორგანიზაციებს მიეძღვნა. სპეციალური მემორანდუმის საფუძველზე, რომელიც აღიარებდა, რომ „მედიცინა მშვიდობის ერთ-ერთი ღერძია“, გაეროს წესდების 55-ე მუხლს დაემატა ჩანაწერი ჯანმრთელობის შესახებ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ პირველმა ჩამოაყალიბა კონკრეტულად „ჯანმრთელობის უფლება“ თავისი 1946 წლის წესდების პრეამბულაში.

## 2.2 ტერმინოლოგიური პრობლემები

ეროვნულ კანონმდებლობაში გამოყენებულია ტერმინი „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“, მაგრამ ტერმინოლოგიური თვალსაზრისით, „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“ ბევრ კითხვას ბადებს, რადგან სხვა ქვეყნების კანონმდებლობებში და საერთაშორისო სამართალში ხშირად გამოიყენება სხვა ტერმინებიც, როგორცაა „ჯანმრთელობის უფლება“ და „ჯანდაცვის მომსახურების უფლება“.

საინტერესოა, რეალურად არის თუ არა სხვაობა ტერმინებს შორის: „ჯანმრთელობის უფლება“ და „ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უფლება“ ან „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“. თუ ასეა, რა იგულისმება ტერმინში „ჯანმრთელობის უფლება“, როდესაც ეს ადამიანის უფლებებს ეხება, ანუ ეს არის ლეგალური თუ მორალური უფლება. ნიშნავს თუ არა ეს, რომ ყველა პიროვნებას აქვს შეუზღუდავი ჯანდაცვის მომსახურების უფლება. „მიუხედავად საკითხის სირთულისა, ის მოიცავს ორივეს, როგორც მორალურ ასევე სამართლებრივ მოთხოვნებს ეროვნულ კონსტიტუციებზე, კანონებზე და საერთაშორისო ხელშეკრულებებზე დაფუძნებულს.“<sup>47</sup>

ლიტერატურაში გამოიყენება სამივე ტერმინი: „ჯანმრთელობის უფლება“, „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“ და „ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უფლება“. თითოეულის შერჩევა არ არის მხოლოდ

<sup>46</sup> ეიდვ ა., კრაუხე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 205

<sup>47</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 481



ტერმინოლოგიის საკითხი; თითოეულ ტერმინს აქვს სპეციფიკური მნიშვნელობა. ტერმინი „ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უფლება“ მეტწილად გამოიყენება ეროვნულ ლიტერატურაში ადამიანის უფლებების შესახებ. ის გულისხმობს უფლებას სამედიცინო სერვისებზე და არ მოიაზრებს საკითხებს ჯანმრთელობის დაცვასთან და სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოსთან დაკავშირებულს. „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“ იხმარება ეროვნულ კონსტიტუციებში და კანონმდებლობებში, ასევე გამოიყენეს რედაქტორებმა PAHO –ს კვლევაში.<sup>48</sup>

საერთაშორისო ლიტერატურაში, ადამიანის უფლებების შესახებ, ტერმინი „ჯანმრთელობის უფლება“ უფრო გამოიყენება, ვიდრე სხვა ტერმინი. ეს ტერმინი ხშირად არის გაკრიტიკებული სხვადასხვა მკვლევარის მიერ, როგორც არაზუსტი და აბსურდული, რადგან კარგი ჯანმრთელობა არ შეიძლება უზრუნველყოფილი იქნეს კანონმდებლობით. ამის დადასტურებაა საერთაშორისო პაქტის „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ მე-12 მუხლი, სადაც საუბარია „ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლეს სტანდარტზე“. სწორედ სიტყვა “შესაძლო” მიუთითებს, რომ სახელმწიფოებს არ მოეთხოვებათ ყველა მოქალაქე იყოს ჯანმრთელი, ანუ ეს მოთხოვნა აბსურდულია. იგივე ფიქსირდება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კონსტიტუციაში. ივარაუდება, რომ ტერმინი „ჯანმრთელობის უფლება“ უბრალოდ შემოკლებულია და არ უნდა განიმარტოს როგორც ჯანმრთელობის გარანტი ყველა პირივნებისათვის.<sup>49</sup>

ზოგიერთი მეცნიერი იყენებს ტერმინს „ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უფლება“,<sup>50</sup> მაგრამ სხვანი თვლიან, რომ ეს ტერმინი მეტად შეზღუდულია და უპირატესობას ანიჭებენ ტერმინს „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“.<sup>51</sup> ისინი თვლიან, რომ ეს უკანასკნელი არის უფრო მრავლისმომცველი, რომელიც მოიაზრებს არამარტო მინიმალურ სამედიცინო მომსახურებას, არამედ უფლებას ჯანსაღ გარემოზეც.<sup>52</sup>

კამათი ტერმინოლოგიის შესახებ განპირობებულია უფლების ბუნებიდან გამომდინარე აზრებით. „ჯანმრთელობის უფლება“ შეიძლება ინტერპრეტირებულ იქნეს, როგორც ნეგატიური უფლება და შესაბამისად, განაპირობებდეს სახელმწიფოს ვალდებულებას დაიცვას მოსახლეობა ეპიდემიური დაავადებებისაგან, გაატაროს საიმუნოზაციო ან სხვა დამცველობითი ზომები. საპირისპირო მოსაზრების მიხედვით, „ჯანმრთელობის უფლება“ განიხილება, სხვა სოციალური უფლებების

<sup>48</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 484

<sup>49</sup> იხ. იქვე, გვ. 485

<sup>50</sup> Roemer R., “The Right to Health Care”, in PAHO Study, note 7, supra. In: Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 485

<sup>51</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 486

<sup>52</sup> იხ. იგივე

მსგავსად, როგორც პოზიტიური უფლება და მოითხოვს პოზიტიურ ქმედებას სახელმწიფოებისაგან. კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას მოსახლეობისათვის, განსაკუთრებით მათთვის, ვისთვისაც ეს არ არის ფინანსურად ხელმისაწვდომი.<sup>53</sup> ტოებესის მიხედვით კი, იგი შეიძლება გავიგოთ როგორც უფლება – იყო ჯანმრთელი, ან გამოხატავდეს მოთხოვნას ყველაფერზე, რაც სრული ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად ან მისადწევადაა საჭირო. „ჯანმრთელობის უფლება“ არ ნიშნავს „უფლებას – იყო ჯანმრთელი“. იგი წარმოადგენს მოკლე მინიშნებას ხელშეკრულების უფრო სრულყოფილ ტექსტებზე და შესაძლოა სხვადასხვა დონეზე დამატებით იქნეს განმარტებული შესაბამისი სამართლებრივი ნაშრომებით.<sup>54</sup>

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის დონეზე ძირითადად გამოიყენება უფრო ფართო მნიშვნელობის ტერმინი - „ჯანმრთელობის უფლება“. აღნიშნული ტერმინი ყველაზე უკეთ შეესაბამება საერთაშორისო ხელშეკრულებების დებულებებს, რომლებშიც არა მხოლოდ ჯანდაცვის მომსახურების უფლებაა აღიარებული, არამედ ჯანმრთელობის მთელი რიგი ფუძემდებლური პირობებიც, როგორიცაა უსაფრთხო სასმელი წყალი, სათანადო სანიტარული პირობები, გარემოს დაცვით განპირობებული ჯანმრთელობა და უსაფრთხო საწარმოო პირობების შექმნით განპირობებული ჯანმრთელობა.<sup>55</sup>

ასევე, ლიტერატურაში მოიხსენიება ტერმინი „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა“, რომელიც ძირითადად, გამოხატავს სახელმწიფოს ვალდებულებას შეასრულოს მოსახლეობის კოლექტიური უფლებები, რომ ისინი იყვნენ ჯანმრთელნი. „როდესაც მედიცინა ფოკუსირებულია ინდივიდუალურ მკურნალობაზე კლინიკური თვალსაზრისით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა არის სოციალური მედიცინის ფორმა, რომელიც იცავს მთელი სოციუმის ჯანმრთელობას, მიზნად ისახავს მულტი-დისციპლინარულ ჩარევას დაავადების გამომწვევ კოლექტიურ მიზეზებთან დაკავშირებით. ჯანმრთელობის ვრცელი კონცეფციის მიხედვით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მოიცავს არა მხოლოდ ინდივიდის ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტს, არამედ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სარგებლის ფართო დისტრიბუციას მთელ საზოგადოებაში. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მოიცავს მიდგომას „სარგებელი მეტ ადამიანს...“<sup>56</sup>

<sup>53</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 486

<sup>54</sup> ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 203

<sup>55</sup> ტოებესი ბ.კ., The Right to Health as a Human Right in International Law (ჯანმრთელობის უფლება, როგორც ადამიანის უფლება საერთაშორისო სამართალში) 1999, გვ.16. In: ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 203

<sup>56</sup> Meier B.M., Symposium:Global Justice:Poverty, Human Rights, and Responsibilities, Cornell International Law Journal, 2006, გვ. 9-10

## 2.3 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დაცული სფერო

ჯანმრთელობა მეტად ფართო და სუბიექტური კონცეფციაა, რომელზეც სხვადასხვა ფაქტორები მოქმედებს, მათ შორის გეოგრაფიული, კულტურული და სოციალურ-ეკონომიკური. შესაბამისად, ეს უფლება არ უნდა გახდეს ყოველისმომცველი, რომ მან აზრი დაკარგოს.<sup>57</sup>

დაცული სფეროს განსაზღვრისათვის აუცილებელია ამ უფლების კლასიფიცირება – ინდივიდუალურია იგი თუ სოციალური?! ან კიდევ, ხომ არის ეს უფლება ორივე თაობის უფლებების ელემენტების შემცველი და შესაბამისად, ერთგვარად ურთიერთშემკვსები პოზიტიური და ნეგატიური თვალსაზრისით.

ადამიანის მრავალი უფლება – სამოქალაქო და პოლიტიკური, აგრეთვე ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული – ჯანმრთელობასთანაა დაკავშირებული, რითაც ხაზს უსვამს ადამიანის ყველა უფლების ურთიერთდამოკიდებულებასა და განუყოფლობას.<sup>58</sup> ჯანმრთელობის უფლების, როგორც პირველი თაობის ინდივიდუალური უფლების ან მეორე თაობის სოციალური უფლების, კლასიფიცირება ადვილი არ არის. მიუხედავად იმისა, რომ „ჯანმრთელობის უფლება სოციალურ უფლებად ითვლება, არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ ჯანმრთელობის პოზიტიური უფლება სულ უფრო მეტად წარმოადგენს უფლებების უწყვეტი წრფის (ე.წ. კონტინუუმის) ნაწილს, რომელშიც ინდივიდუალური და სოციალური უფლებები ერთმანეთს ავსებენ და ერთმანეთზე არიან დამოკიდებული. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხები, როგორცაა გარემოს დაცვა და სანიტარია, დიდი ხნის განმავლობაში ბევრი სახელმწიფოს მიერ აღიქმებოდა როგორც პოზიტიურ, ასევე ნეგატიურ უფლებებად. სახელმწიფო ახორციელებს პოზიტიურ ქმედებას, რათა დაიცვას მოსახლეობის ჯანმრთელობა დაბინძურებისაგან და სხვა ტოქსიკური საფრთხეებისაგან, მაგრამ პიროვნებას ასევე შეუძლია მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს ზარალის ანაზღაურება, თუ მის ჯანმრთელობას ზიანი მიადგება. ჯანდაცვის მომსახურებისა და სამედიცინო სერვისების თვალსაზრისით, ჯანმრთელობის უფლება უნდა მოიცავდეს როგორც სახელმწიფოს მიერ განხორციელებულ პოზიტიურ ქმედებას (როგორცაა მთელი მოსახლეობისათვის ჯანდაცვის საბაზისო მომსახურების მიწოდება), ასევე ინდივიდის უფლებას - სასამართლოს გზით მიიღოს ეს მომსახურება. აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის უფლების მხოლოდ სოციალურ უფლებად კლასიფიცირება, ბოლომდე ზუსტი არ არის.“<sup>59</sup> შესაბამისად, რთულია განისაზღვროს მისი დაცული სფერო.

<sup>57</sup> ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 208

<sup>58</sup> გაეროს მსოფლიო კონფერენცია ადამიანის უფლებების საკითხზე, ვენის დეკლარაცია და სამოქმედო გეგმა, UN doc. A/CONF.157/23, 1993 წლის 12 ივლისი, ნაწილი I, პუნქტი 5.

<sup>59</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 367

ბრიჯიტ ტობესის მოსაზრებით, „ჯანმრთელობის უფლების შემადგენელი ელემენტები ორ კატეგორიად შეიძლება დაიყოს: ერთი კატეგორია შედგება „ჯანდაცვასთან“ დაკავშირებული ელემენტებისაგან (მათ შორის სამკურნალო და პრევენციული ჯანდაცვა), ხოლო მეორე კატეგორია მოიცავს ჯანმრთელობის ფუძემდებლურ პირობებს“.<sup>60</sup> ამ უკანასკნელს შეიძლება განეკუთვნებოდეს უსაფრთხო სასმელი წყალი, სათანადო სანიტარული პირობები, სათანადო კვება, ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია, გარემოს დაცვით განპირობებული ჯანმრთელობა და ჯანსაღი შრომითი პირობები.

ასევე, „ჯანმრთელობის უფლებას აქვს ორი მნიშვნელოვანი განზომილება: პირველი, ეს არის ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა, რომელიც შეიძლება გაგებულ იქნეს კონკრეტიზაციის სხვადასხვა ხარისხით სხვადასხვა ინსტრუმენტებში; მეორე, ეს არის უფლება საზოგადოებრივ წესრიგზე, რომელიც მოიცავს სახელმწიფოს ვალდებულებებს მიიღოს სპეციალური ზომები საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის. ეს ზომები უნდა იქნეს მიღებული და უნდა უზრუნველყოს თანაბარი დაცვა ყველასათვის.“<sup>61</sup> საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა მოიცავს ზომებს ეპიდემიური, ენდემური, შრომითი და სხვა დაავადებებისაგან დაცვისათვის, შეიცავს ზომებს ჰიგიენასა და სანიტარიასთან დაკავშირებით, ასევე ჯანდაცვის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებასთან დაკავშირებით, შეუძლია შეამციროს ბავშვთა სიკვდილიანობა და ებრძოდეს არასათანადო კვებას. ჯანმრთელობის უფლება ასევე ასოცირდება საცხოვრებელ პირობებთან, განსაკუთრებით ბავშვების, შშმ პირებისა და მოხუცების.

საყურადღებოა სხვა უფლებებთან გარკვეული ნორმატიული თანხვედრაც. მაგალითად, ჯანმრთელობის უფლება შეიძლება მოიცავდეს მავნე ტრადიციული პრაქტიკისაგან დაცვას, რაც ასევე დაცულია პირადი ხელშეუხებლობის უფლებით.<sup>62</sup> სიცოცხლის უფლების ანალოგიურად, იგი შესაძლოა მოიცავდეს ბავშვთა სიკვდილიანობასა და არასათანადო კვებას, ასევე გარემო პირობებით გამოწვეულ ჯანმრთელობის გარკვეულ საფრთხეებთან ბრძოლის ვალდებულებას. ამასთანავე, ადგილი აქვს თანხვედრას განათლების უფლებასთანაც, ვინაიდან ჯანმრთელობის

<sup>60</sup> ეიდვ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 208

<sup>61</sup> Janusz Symonides, Human Rights: Concept and Standards, Dartmouth Publishing Company Limited, 2000, გვ. 152

<sup>62</sup> იხ. „ბავშვის უფლებების შესახებ“ კონვენციის 24-ე მუხლი და „სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-7 მუხლი.

უფლება მოიცავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას.<sup>63</sup> შრომის უფლების მსგავსად, იგი მოიცავს ჯანსაღი შრომის პირობებსაც.<sup>64</sup>

ასევე ბრიჯიტ ტობესის აზრით, „მიუხედავად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ელემენტებისა, რომელიც ადამიანის სხვა უფლებების სფეროში გვხვდება, არ არის აუცილებელი დამატებით ჩართული იქნენ ჯანმრთელობის უფლების ჩარჩოებში. მაგალითად, ჯანმრთელობის უფლება სავარაუდოდ არ მოიცავს წამების აკრძალვას per se, თვითნებური დასჯისაგან დაცვას ან საკუთრივ სათანადო საცხოვრებლის უფლებას, რომ აღარაფერი ვთქვათ სკოლებში სათანადო სწავლებაზე.“<sup>65</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დაცული სფერო შეიძლება განისაზღვროს მთელი რიგი მიდგომებით, როგორცაა – ჯანდაცვის სფეროს პოლიტიკის განსაზღვრა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელება, ან კონკრეტული სამართლებრივი აქტების მიღება.

## 2.4 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების არსი

მრავალი მეცნიერი ცდილობს ჩამოაყალიბოს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების არსი. არსის განსაზღვრა აუცილებელია მოქმედების სფეროს დასადგენად და უფლების რეალიზაციისათვის.

ეგრეთწოდებული ძირითადი არსი რამდენიმე ელემენტისაგან შედგება, რომლებიც სახელმწიფომ ნებისმიერ პირობებში უნდა უზრუნველყოს, არსებული რესურსების მიუხედავად. ამასთანავე იგი ითვალისწინებს, რომ შესაძლებელია ჯანმრთელობის უფლების გარკვეული ასპექტების „თანდათანობითი განხორციელება“ (ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტის 2(1) მუხლი), რაც გულისხმობს, რომ სახელმწიფოებს შეუძლიათ ეს ასპექტები დროთა განმავლობაში განახორციელონ და არა დაუყოვნებლივ.<sup>66</sup> მაგრამ, „ძირითადი არსის განსაზღვრისას, ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს არ არის საკმარისი. სახელმწიფოები უნდა მიისწრაფოდნენ უფლებების სრული სპექტრის განხორციელებისაკენ: რომ ნამდვილად არის ვალდებული გადაიდგას ნაბიჯები უფლებით სარგებლობის სრული უზრუნველყოფისათვის.“<sup>67</sup>

<sup>63</sup> იხ. „ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა“ საერთაშორისო პაქტის მე-13 და მე-14 მუხლები.

<sup>64</sup> იხ. „ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა“ საერთაშორისო პაქტის მე-7 მუხლი

<sup>65</sup> ეიდგ ა., კრაუხე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 209

<sup>66</sup> იხ. იქვე, გვ. 209-210

<sup>67</sup> ტობესი ა., აღგ. ციტ. (შენიშვნა 7), გვ.176, In: ეიდგ ა., კრაუხე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 210

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგია „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მიხედვით, „არსებობს ჯანმრთელობის მინიმალური ზღვარი, რომლის ქვემოთაც არ უნდა აღმოჩნდეს არც ერთი პირი არც ერთ ქვეყანაში“. სტრატეგიაში სრულად არის ასახული ჯანმრთელობის უფლების ძირითადი არსი.

ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებით:

- დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა, ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით;
- ძირითად ინფექციურ დაავადებებზე იმუნიზაცია;
- გავრცელებული დაავადებების და დაზიანებების სათანადო მკურნალობა;
- ძირითადი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

ჯანმრთელობის ფუძემდებლურ პირობებთან დაკავშირებით:

- ჯანდაცვის პრობლემების, მათი პრევენციისა და კონტროლის მეთოდების შესახებ განათლება;
- საკვებით უზრუნველყოფისა და სათანადო კვების ხელშეწყობა;
- უსაფრთხო სასმელი წყლით მომარაგება და ძირითადი სანიტარული პირობები.<sup>68</sup>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგია უპასუხოდ ტოვებს კითხვებს – უნდა მოიცავდეს თუ არა ჯანმრთელობის უფლების ძირითადი არსი „ჯანმრთელობის შესახებ განათლებასა“ და „საკვებით უზრუნველყოფას“, რადგან ეს ორი ელემენტი დაცულია კვებისა და განათლების უფლებებით. ასევე, „გარემოს დაბინძურებით გამოწვეული ჯანმრთელობის სერიოზული საფრთხეებისაგან თავისუფლება“ უნდა წარმოადგენდეს თუ არა ჯანმრთელობის უფლების ძირითადი არსის დამატებით ელემენტს.<sup>69</sup>

## 2.5 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დეფინიციები

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტება არ არის ადვილი, რადგან ის არ ჰგავს სხვა სიკეთეებს. „ადამიანებმა არ იციან რა რაოდენობის ჯანდაცვა სჭირდებათ, რომ უზრუნველყონ კარგი ჯანმრთელობა. სტეფენ ჯამარი აღნიშნავს - ისევე როგორც სიტყვის

<sup>68</sup> ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ადგ. ციტ. (შენიშვნა 36), თავი 3, პუნქტი 50. შედარებით ძირეული შინაარსი იხ. ზოგადი კომენტარი 14, ადგ. ციტ. (შენიშვნა 22), პუნქტი 43-44. In: ეიდე ა., კრაუხე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 211

<sup>69</sup> ეიდე ა., კრაუხე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 211

თავისუფლება არ არის სიტყვა, ასევე ჯანმრთელობის უფლება არ არის ჯანმრთელობა.<sup>70</sup>

თავად „ჯანმრთელობა“ კი შეიძლება მრავალნაირად განიმარტოს: (1) ორგანიზმის მდგომარეობა, როდესაც ის ფუნქციონირებს ოპტიმალურად, ავადმყოფობისა და რაიმე ანომალიის გარეშე; (2) დინამიური ბალანსის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ინდივიდს ან გარკვეულ ჯგუფს შეუძლია გაუმკლავდეს ცხოვრების ყოველგვარ მდგომარეობას, არის ოპტიმალურ საფეხურზე ან (3) მდგომარეობა, რომელსაც ახასიათებს ანატომიური და ფსიქოლოგიური მთლიანობა, შესაძლებლობა შეასრულოს სამუშაო, ჰქონდეს ადგილი საზოგადოებაში და ასევე შეძლოს ფიზიკური, ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური სტრესის დაძლევა, შეგრძნება კარგად ყოფნისა, ავადმყოფობისაგან და ნაადრევი სიკვდილისაგან თავისუფლება.<sup>71</sup> ღორი, მოქი და ვეარი ავრცობენ კონცეფციას ჯანმრთელობისათვის 4 განზომილების მინიჭებით: ფიზიკური, მენტალური და ემოციური, ყოველდღიური მოქმედება და სოციალური აქტივობა, და ზოგადი აღქმა კარგად ყოფნის და სიცოცხლისუნარიანობისა. მანინგი გამოყოფს 4 ასპექტს: ფიზიკური, მენტალური, სოციალური და ფსიქოლოგიური. ენგლექარტი იყენებს უფრო ნორმატიულ მიდგომას, განიხილავს ცუდ ჯანმრთელობას და დაავადებას, როგორც გადაცდომას როგორც სოციალური, ასევე ბიოლოგიური ნორმიდან. კელევის მიხედვით, რომელშიც მონაწილეობდა 801 ხანდაზმული ოპაიოდან და 1025 ვირჯინიიდან, ვაითლოომ და ლაიანგმა განსაზღვრეს ჯანმრთელობის 3 განზომილება: ფიზიკური (ქრონიკული დაავადებები, ფუნქციური შეზღუდვები, ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასება), მენტალური (დეპრესია, შფოთვები, პოზიტიური კარგად ყოფნა, ჯანმრთელობის თვითშეფასება) და სოციალური (სოციალური კონტაქტები, ემოციური და ინსტრუმენტალური მხარდაჭერა).<sup>72</sup>

ხოლო, „ჯანდაცვის გარანტირებით და არა ჯანმრთელობის, სახელმწიფო ვალდებულებას იღებს მიაწოდოს სერვისი და არა უზრუნველყოს ჯანმრთელობა. ვიწროდ, ჯანმრთელობა არის დაავადების არქონა. ფართოდ კი - ეს არის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტება ...“<sup>73</sup>

ადამიანის უფლება ჯანმრთელობის შესახებ, პირველ რიგში, შეიძლება გაგებულ იქნეს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კონსტიტუციის პრეამბულაში მოცემული განსაზღვრების მიხედვით, რომელიც მუდმივად მეორდება შემდგომ დოკუმენტებში. ჯანმრთელობა არის „სრული ფიზიკური,

<sup>70</sup>Sandhu P.K., A Legal Right to Health Care: What can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, California Law Review, 2007, გვ. 4

<sup>71</sup>Ruger J.P., Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements, Yale Journal of Law&Humanities, 2006, გვ. 223

<sup>72</sup> იხ.იგივე

<sup>73</sup>Sandhu P.K., A Legal Right to Health Care: What can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, California Law Review, 2007, გვ. 4

ფსიქიკური და სოციალურად კარგად ყოფნა, და არა მხოლოდ დაავადების და ფიზიკური ნაკლის არარსებობა.“ „ამ განსაზღვრებას აქვს მნიშვნელოვანი კონცეპტუალური და პრაქტიკული გამოხატვა და წარმოაჩენს განუყოფლობას და ურთიერთდამოკიდებულებას უფლებებისა, რომლებიც მომიჯნავეა ჯანმრთელობის უფლებასთან. უფლებები დისკრიმინაციის აკრძალვაზე, ავტონომიაზე, ინფორმაციაზე, განათლებაზე და მონაწილეობაზე არის განუყოფელი ნაწილი ჯანმრთელობის მაღალი შესაძლო სტანდარტის მისაღწევად.“<sup>74</sup>

„ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის პროექტის მომზადებისას, გაეროს გენერალური ასამბლეის მესამე კომიტეტმა უარი განაცხადა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის პრეამბულაში მოცემულ ჯანმრთელობის განმარტებაზე. თუმცა, მე-12 მუხლის პირველი პუნქტის „ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე“ მითითება მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვით არ შემოიფარგლება. პირიქით, პროექტის მომზადების ისტორია და თვით მე-12 მუხლის მე-2 პუნქტის ფორმულირება უჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის უფლება თავის თავში მოიცავს სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების ფართო სპექტრს, რომელიც ადამიანის ჯანსაღი ცხოვრების პირობებს ქმნის და ჯანდაცვის ისეთ ძირეულ ფაქტორებს ითვალისწინებს, როგორცაა საკვები და კვების რეჟიმი, საცხოვრებელი, უსაფრთხო სასმელ წყალზე ხელმისაწვდომობა და სათანადო სანიტარული პირობები, ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო შრომის პირობები და ჯანსაღი გარემო.<sup>75</sup> მიუხედავად იმისა, რომ „ჯანმრთელობის უფლება დაცულია მრავალ საერთაშორისო აქტში, სახელწიფოს ვალდებულებები საკმაოდ ვიწროდაა განსაზღვრული. როგორც პირველად შემუშავებულ „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტში, ეს უფლება წარმოჩენილია, როგორც „უფლება ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლეს სტანდარტზე“, რომელიც მოიცავს ვალდებულებებს, როგორც ჯანმრთელობისთვის აუცილებელ წინაპირობების შესახებ, ასევე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.“<sup>76</sup>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული ფართო განსაზღვრება, რომელიც მოიცავს ცნებას კარგად ყოფნის შესახებ და პაქტის მიხედვით უფრო შეზღუდული განსაზღვრება, ასახავს ამ ორი დოკუმენტის სხვადასხვა მიზნებს. „ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრება ადგენს ხედვას ჯანმრთელობის იდეალური მდგომარეობის შესახებ, როგორც მუდმივი და უნივერსალური მიზნისა. ამ განსაზღვრების მიზანია ჯანმოს მუშაობის მიმართულებების განსაზღვრა. „ეკონომიკური,

<sup>74</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.12

<sup>75</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია, 2000)

<sup>76</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.12-13



სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტი განასხვავებს ჯანმრთელობის ორ ნიშანს – ფიზიკურ და ფსიქიკურ კარგად ყოფნას – და სპეციალურად ეხება გარკვეულ პასუხისმგებლობებს სახელისუფლებო ჯანდაცვის სექტორში; ის ადგენს ვალდებულებებს სოციალურად კარგად ყოფნის შესაბამისად. ჯანმრთელობის უფლება, როგორც ეს მოცემულია პაქტში, არის პრინციპული ფარგლები ხელისუფლების ვალდებულებების დადგენისა ამ უფლებასთან მიმართებაში.“<sup>77</sup>

## 2.6 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების გაზომვის საშუალებები – ინდიკატორები (უფლებრივი მიდგომა)

ჯანდაცვის ინდიკატორების საშუალებით იზომება ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, ანუ ინდიკატორების გამოყენება არის ერთგვარი მეთოდოლოგია ამ უფლების პროგრესული რეალიზაციის გასაზომად. „მეთოდოლოგიის გარეშე პროგრესული რეალიზაციის კონცეფცია შეიძლება გამოყენებული იქნეს რიგი ქვეყნების მიერ, როგორც პასუხისმგებლობებზე თავის არიდების საშუალება.“<sup>78</sup> მსოფლიო ბანკის კვლევებშიც არის მნიშვნელოვანი, სტატისტიკური ინდიკატორების განვითარების თვალსაზრისით, რომლითაც შეიძლება შეფასდეს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემები და ასევე ხელისუფლების მოქმედებები ზოგადად.<sup>79</sup> „სტატისტიკური ინდიკატორები არის ძლიერი იარაღი ადამიანის უფლებებისათვის ბრძოლაში.“<sup>80</sup> შესაბამისად, მნიშვნელოვანია გაანალიზება რა ინდიკატორები გამოიყენება ზოგადად და უშუალოდ ჯანდაცვისათვის.

1993 წელს, გაეროს ადამიანთა უფლებების ცენტრმა, როგორც ერთ-ერთმა ექსპერტმა, ადამიანის უფლებათა მსოფლიო კონფერენციაზე „აღიარა საჭიროება ადამიანთა უფლებების ახალი ინდიკატორების შემუშავებისა, რომლებიც დაფუძნებული იქნება თითოეულ ეკონომიკურ, კულტურულ და სოციალურ უფლებაზე“.<sup>81</sup> ასევე 1993 წელს, მსოფლიო კონფერენციამ გააკეთა მოწოდება „ინდიკატორების სისტემების შემოწმებაზე, რომ

<sup>77</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.13

<sup>78</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 303

<sup>79</sup> Kinney E.D., Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell International Law Journal, 2004, გვ. 111

<sup>80</sup> იხ. იქვე, გვ. 102

<sup>81</sup> Preparatory Committee, World Conference on Human Rights, Report of the Seminar on Appropriate Indicators to Measure Achievements in the Progressive Realization of Economic, Social, and Cultural Rights, World Conference on Human Rights, A/CONF.157/PC/73 (20 April 1993) para 172. In: Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 304

გაიზომოს პროგრესი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების რეალიზაციისას.“<sup>82</sup>

1993 წლიდან ჯანმრთელობის უფლების კონტურები და შემცველობა ბევრად ნათელი გახდა. დღეისათვის უკვე არსებობს ბევრი მიზეზი, რომ ინდიკატორები გამოყენებულ იქნეს ადამიანის უფლების შესაფასებლად. ამ საკითხს განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობენ ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის ოფისი და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია.

გაეროს განვითარების პროგრამის 2000 წლის ანგარიშში<sup>83</sup> აღნიშნულია, რომ „სტატისტიკური ინდიკატორები არის მძლავრი იარაღი ადამიანის უფლებებისათვის ბრძოლაში. ისინი შესაძლებელს ხდიან ადამიანებმა და ორგანიზაციებმა – სამოქალაქო საზოგადოებიდან მთავრობებამდე და გაერომდე – იდენტიფიცირება გააკეთონ მნიშვნელოვანი მოთამაშეების და გახადონ ისინი ანგარიშვალდებულნი მათი ქმედებების გამო.“

ინდიკატორები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს:

- პოლიტიკის და მონიტორინგის პროცესის გასაუმჯობესებლად;
- კანონმდებლობის, პოლიტიკისა და პრაქტიკის გაუთვალისწინებელი გავლენის იდენტიფიცირებისათვის;
- იდენტიფიცირებისათვის, თუ რომელ მოთამაშეს აქვს გავლენა ადამიანის უფლებათა რეალიზაციისას;
- გამოსავლენად, არის თუ არა თანხვედრაში აღნიშნულ მოთამაშეთა ვალდებულებები;
- პოტენციური დარღვევების შესახებ გასაფრთხილებლად პრევენციული ზომების სწრაფი მიღებისათვის;
- რესურსების სიმწირის გამო სოციალური კონსენსუსის მიღწევის გასაძლიერებლად;
- ისეთი საკითხების გამოსავლენად, რომლებიც არის უარყოფილი ან დაფარული.<sup>84</sup>

ინდიკატორები შემუშავებულია როგორც ზოგადად ქვეყნებისათვის, ასევე ცალკეული სახელმწიფოებისათვის. „ქვეყნებისათვის ინდიკატორებს წარმოადგენს: ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის აღიარება კანონმდებლობებში (საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე),

<sup>82</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 304

<sup>83</sup> იხ. <http://hdr.undp.org/en/> (ინახა 22.01.2011)

<sup>84</sup> იხ. იგივე

დისკრიმინაციისაგან თავისუფლება, ინფორმაცია ჯანდაცვაზე, ეროვნული ჯანდაცვის გეგმა, ჩართულობა ჯანდაცვის პოლიტიკაში, ჯანმრთელობის განმსაზღვრელები, ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა, მედიკამენტები, ჯანდაცვის პროპაგანდა, ჯანდაცვის სპეციალისტები, ექიმები, ეროვნული დაფინანსება, სართაშორისო დახმარება და თანამშრომლობა, დამატებითი უსაფრთხოების ზომები, ცნობიერების ამაღლება ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლეს სტანდარტზე, მონიტორინგი, შეფასება, ანგარიშვალდებულება და აღდგენა.<sup>85</sup>

განვითარებისა და რესურსების ფლობის მიხედვით, ცალკეული ქვეყნებისათვის, ჯანმრთელობის უფლების ძირითად არსს დაემატა მინიმალური ძირითადი არსი ანუ „ზღვარი“. ე. წ. „ზღვარი კონკრეტული ქვეყნისათვის უნდა შემუშავდეს ინდიკატორების მეშვეობით, რომლებიც ზომავენ კვებას, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობას, ავადობის სიხშირეს, სიცოცხლის ხანგრძლივობას, შემოსავლებს, უმუშევრობას და ნაწილობრივ უმუშევრობას, ასევე არასათანადო კვებას. სახელმწიფოებს ეკისრებათ უშუალო ვალდებულება, უზრუნველყონ ვალდებულებების შესრულება ამ მინიმალური ზღვრის შესაბამისად.“<sup>86</sup> რეალურად, ჯანდაცვის ინდიკატორების საშუალებით იზომება ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, ანუ ინდიკატორების გამოყენება არის ერთგვარი მეთოდოლოგია ამ უფლების პროგრესული რეალიზაციის გასაზომად. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია გაანალიზება, თუ რა ინდიკატორები გამოიყენება ზოგადად და უშუალოდ ჯანდაცვისათვის.

ლიტერატურაში მოხსენიებულია ჯანდაცვის უამრავი ინდიკატორი.<sup>87</sup> თუმცა, არის ერთი ფუნდამენტური სირთულე – არ არის ჩვეულებრივ შეთანხმებული და თანმიმდევრული გზა ინდიკატორების კატეგორიებად დაყოფისა და მარკირებისა. მაგალითად, ინდიკატორების შემდეგი კატეგორიები არის გამოვლენილი: შესრულების, სტატისტიკური, ვარიაბელური, პროცესის, ხარისხობრივი, სტრუქტურული და სხვა. ერთიდაიგივე ინდიკატორი შეიძლება მოხვდეს სხვადასხვა კატეგორიებში. ეს ნაირგვარობა ურთიერთგადაძმავარაა და მეტად დამაბნეველი. ჯანდაცვის ინდიკატორების კლასიფიკაციისადმი საერთო მიდგომის არარსებობა იწვევს ბევრ სირთულეს. 2003 წელს, სპეციალურმა მომხსენებელმა გააკეთა შეთავაზება, რომ მხოლოდ სამი კატეგორიის ინდიკატორებს მიენიჭოს განსაკუთრებული ყურადღება: სტრუქტურულს, პროცესის და გამოსავლის(შედეგის). როდესაც ფორმულირდება ადამიანის უფლებათა ინდიკატორები ჯანდაცვასთან მიმართებაში, რეკომენდებულია,

<sup>85</sup> Backman G., Hunt P... Health systems and The Right To Health:an assessment of 194 Countries, The Lancet, Vol. 372,2008, pp.2047-2085

<sup>86</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 220

<sup>87</sup> Interim Report of the Special Rapporteur to the General Assembly 2003, A/58/427 (n 1 above) para 14. See eg, Human Development Report 2000 (n 11 above) ch 5; World Health Organization, World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count, statistical annex; UNAIDS (n 34 above). In: Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York,2007, გვ. 315

რომ ისინი დაიყოს როგორც სტრუქტურული, პროცესისა და გამოსავლის(შედეგის) ინდიკატორები.<sup>88</sup>

სამივე კატეგორიის ინდიკატორებს აქვთ ერთგვარი დეფინიცია, რომელიც საჭიროებს შემდგომ დახვეწას და მათი გამოყენება შესაძლებელი იქნება სამუშაო დეფინიციებად:

1. სტრუქტურული ინდიკატორები მიმართულია - არსებობს თუ არა ძირითადი სტრუქტურები და მექანიზმები, რომლებიც საჭიროა და ხელს უწყობს ჯანმრთელობის უფლების რეალიზაციას. ეს ინდიკატორები ძირითადად მოითხოვს პასუხს „დიახ“ ან „არა“. მაგალითად, სტრუქტურული ინდიკატორები შეიძლება გულისხმობდეს – არის თუ არა სახელმწიფოს მიერ რატიფიცირებული საერთაშორისო ხელშეკრულებები, რომლებიც შეიცავს ჯანმრთელობის უფლებას; ეროვნული კანონდებლობის არსებობას, რომელიც გამოსატყუდად იცავს ჯანმრთელობის უფლებას; ძირითადი ინსტიტუციური მექანიზმების არსებობას, რომლებიც აიოლებს ჯანმრთელობის უფლების რეალიზაციას, მარეგულირებელი სააგენტოების ჩათვლით და სხვ.
2. პროცესის ინდიკატორები ზომავს პროგრამებს, აქტივობებს და ინტერვენციას. მაგალითად, პროცესის ინდიკატორებია: კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით მიმდინარე მშობიარობათა წილი; ყოველ 500 000 მოსახლეზე ბაზისური სამედიცინო მომსახურების გამწვევი სამედიცინო დაწესებულებათა რიცხვი; აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტირებული და ტესტირებული ფეხმძიმე ქალების პროცენტული რაოდენობა, მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც მიეწოდათ ინფორმაცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე, ოჯახის დაგეგმვასა და სქესობრივად გადამდებ დაავადებებზე; პროგრამებისა და საჯარო კამპანიების რიცხვი სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, ორგანიზებული ეროვნული ადამიანის უფლებათა ინსტიტუტების მიერ ბოლო 5 წლის მანძილზე. ამ პროცესებმა შეიძლება განსაზღვროს ჯანდაცვის გამოსავლები.
3. შედეგის ინდიკატორები ზომავს პროგრამების, აქტივობების და ინტერვენციების გავლენას ჯანმრთელობის სტატუსზე და მომიჯნავე საკითხებზე. შედეგის ინდიკატორები მოიცავს დედათა სიკვდილიანობას, ბავშვთა სიკვდილიანობას, აივ ინფექციის პრევალენტობას, ქალთა პროცენტულ რაოდენობას, რომელთაც იციან კონტრაცეფციული მეთოდების შესახებ.<sup>89</sup>

<sup>88</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 315-316

<sup>89</sup> იხ. იგივე, გვ. 316-317

თუ ხშირ შემთხვევაში სტრუქტურული ინდიკატორები მოითხოვს პასუხს დიას/არა, პროცესისა და შედეგის ინდიკატორები გამოიყენება უფლების რეალიზაციის დროში ცვლილების განსასაზღვრად. ამ თვალსაზრისით, საინტერესოა ის ინდიკატორები, რომელთა გამოყენება „სახელმწიფოს და სხვებს შეუძლიათ ჯანმრთელობის უფლების პროგრესული რეალიზაციის გასაზომად. თუმცა ინდიკატორები, რომლებიც მოითხოვს დიას/არა პასუხს, ასევე შეიძლება ეფექტურად იქნეს გამოყენებული ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებით სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების შესაფასებლად.“<sup>90</sup>

ზოგჯერ შეიძლება არსებობდეს კავშირი სტრუქტურულ ინდიკატორს (არსებობს თუ არა სტრატეგიული გეგმა დედათა სიკვდილიანობის შესამცირებლად?), პროცესის ინდიკატორსა (კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით მიმდინარე მშობიარობათა წილი) და შედეგის ინდიკატორს (დედათა სიკვდილიანობა) შორის. თუმცა, „შედეგის ინდიკატორი ხშირად ასახავს ბევრ მომიჯნავე ფაქტორს და ძალიან რთულია მყარი კაუზალური კავშირის არსებობა ინდიკატორების შორის.“<sup>91</sup>

ასევე, მცდარი იქნება წარმოდგენა, რომ ინდიკატორების მეშვეობით შეუცდომლად განისაზღვროს ყველაფერი. მაგალითად, სტრუქტურული ინდიკატორია: აღიარებს თუ არა ქვეყნის კონსტიტუცია ჯანმრთელობის უფლებას?! თუ პასუხია – დიახ, ეს არის მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, მაგრამ უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში, დასადგენია, იქნებ ჯანდაცვის პოლიტიკის დოკუმენტი შეიცავს ყველა საჭირო დეტერმინანტს. ასეთ შემთხვევაში, პასუხს თან უნდა ერთვოდეს ერთგვარი განმარტება მეტი სიცხადისათვის.<sup>92</sup> შესაბამისად, სრული სურათის მისაღებად, საჭიროა ინდიკატორების გამოყენება კომპლექსურად და ერთმანეთთან შეჯერებით.

ინდიკატორები შემუშავებულია ეკონომიკური და სოციალური სხვა უფლებებისათვის. ამ თვალსაზრისით, საინტერესოა პოლ ჰანტის შემოთავაზება განათლების უფლებასთან დაკავშირებით, რომელიც ითვალისწინებს სამსაფეხურიან პროცესს - პირველ საფეხურზე 10 ძირითად კრიტერიუმს, მეორე საფეხურზე - შესაბამისი სტანდარტის ჩამოყალიბებას თითოეული ინდიკატორისათვის, ხოლო მესამე საფეხურზე - ეროვნული სტანდარტების მონიტორინგს.<sup>93</sup>

იგივე შეიძლება გაკეთდეს ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებით და ინდიკატორები შესაძლოა შემდეგი სახით ჩამოყალიბდეს: 1) სახელმწიფოს სამედიცინო ხარჯების წილი ერთობლივ ეროვნულ პროდუქტში; 2) პირველად ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების წილი მთლიანი ჯანდაცვის ხარჯებში; 3) მოსახლეობის ხვედრითი წილი, რომელსაც ხელი

<sup>90</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 317

<sup>91</sup> იხ. იგივე

<sup>92</sup> იხ. იგივე

<sup>93</sup> ეიდვ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 221

მიუწვდება კვალიფიციურ პერსონალზე საყოველთაოდ გაერცელებული დაავადებებისა და დაზიანებების სამკურნალოდ; 4) მოსახლეობის ხვედრითი წილი, რომლისთვისაც ხელმისაწვდომია 20 ძირითადი დასახელების მედიკამენტი; 5) ორსულ ქალთა ხვედრითი წილი, რომელსაც ხელი მიუწვდება კვალიფიციურ პერსონალზე და იმ ქალთა ხვედრითი წილი, რომელიც ამგვარი პერსონალისაგან დახმარებას ღებულობს მშობიარობის დროს; 6) ჩვილ ბავშთა ხვედრითი წილი, რომლისთვისაც ხელმისაწვდომია კვალიფიციური პერსონალი მკურნალობის მიზნით; 7) ჩვილ ბავშვთა იმუნიზაცია ძირითად ინფექციურ დაავადებებზე; 8) სიცოცხლის ხანგრძლივობა; 9) ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა; 10) მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა უსაფრთხო სასმელ წყალზე; 11) მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა საკანალიზაციო სისტემებზე. ეს ინდიკატორები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ძირითად ინდიკატორებად, რომლის მიხედვითაც შეიძლება შემუშავდეს ეროვნული სტანდარტები.<sup>94</sup> „აღნიშნული ინდიკატორების განშლა უნდა მოხდეს სახელმძღვანელო პრინციპების გათვალისწინებით, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ადამიანის უფლებათა პერსპექტივის სრული გამოხატვა.“<sup>95</sup>

„მომავალში უნდა გაანალიზდეს, თუ როგორ შეიძლება ჯანდაცვის ინდიკატორებისადმი უფლებრივმა მიდგომამ უკეთ ასახოს ჯანმრთელობის უფლების ანალიტიკური ჩარჩო - არსებობა, ხელმისაწვდომობა, მისაღებადობა და ხარისხი.“<sup>96</sup>

ადამიანის უფლებათა ინდიკატორები ეხმარება სახელმწიფოებს, და სხვებს, ეროვნული და საერთაშორისო პოლიტიკის მოწესრიგებაში. ჯანდაცვის ინდიკატორებისადმი ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა არა მარტო ჯანდაცვის შედეგებს აკონტროლებს, არამედ შედეგის მიღწევის პროცესებსაც. ჯანმრთელობის ინდიკატორების უმეტესობამ უნდა ითამაშოს მნიშვნელოვანი როლი ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის ინდიკატორებისადმი მიდგომის შემთხვევაში. თუმცა, ხშირ შემთხვევაში, ადამიანის უფლებების დამცველები არ იყენებენ ინდიკატორებს მუშაობისას. „ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლესი სტანდარტის პროგრესული რეალიზაციის გაზომვისა და მონიტორინგისას ინდიკატორების გამოყენებას ალტერნატივა არა აქვს, ხოლო გადამწყვეტი კითხვაა – როგორ უნდა გამოიყენებოდეს ინდიკატორები ადამიანის ძირითადი უფლების გაზომვისა და მონიტორინგისათვის?! დამატებით, ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის ინდიკატორები შეიცავს მახასიათებლებს, როგორცაა განსაკუთრებული აქცენტის გაკეთება დისაგრეგაციაზე, ჩართულობასა და ანგარიშვალდებულებაზე, ანუ

<sup>94</sup> ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები გვ. 222

<sup>95</sup> იხ. იგივე

<sup>96</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 319

მოიცავს თუ არა ჯანდაცვის პოლიტიკა და პროგრამები ამ მასხასიათებლებს, რომლებიც აძლიერებს მათ ეფექტურობას.“<sup>97</sup>

თუ საერთაშორისო უფლება ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლეს სტანდარტზე არის პროგრესული რეალიზაციის საგანი, მაშინ გასარკვევია, რა ცვლილებებს უნდა აკეთებდეს სახელმწიფო დროთა განმავლობაში. „პროგრესის მონიტორინგისათვის სახელმწიფოს სჭირდება შესაბამისი ინსტრუმენტი ჯანმრთელობის უფლების ცვლადი განზომილების გასაზომად. ამ შემთხვევაში ყველაზე შესაბამისი ინსტრუმენტი არის ინდიკატორებისა და სტანდარტების (ბენჩმარკი) კომბინირებული გამოყენება.“<sup>98</sup>

ჯანმრთელობის უფლებასთან მიმართებაში ინდიკატორებს გამოიყენებენ:

- ეროვნულ დონეზე საჯარო სამსახურები, ჯანდაცვის საკითხებზე მუშაობისას;
- საკანონმდებლო ორგანოები, შესრულების მონიტორინგისას;
- სასამართლოები, ადამიანის უფლებათა დამცველი ინსტიტუტები და სხვა გადაწყვეტილებების მიმღები ეროვნული ორგანოები - ასრულებს თუ არა სახელმწიფო მის მოვალეობებს ჯანმრთელობის უფლებასთან მიმართებაში;
- სპეციალური სააგენტოები და გაეროს ორგანოები, რომლებიც თანამშრომლობენ სახელმწიფოებთან ჯანმრთელობის საკითხებზე;
- გაერო და სხვა საერთაშორისო ორგანოები, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ასრულებენ თუ არა სახელმწიფოები საერთაშორისო ხელშეკრულებებით განსაზღვრულ ვალდებულებებს;
- არასამთავრობო, ჯანდაცვის საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციები.<sup>99</sup>

ადამიანის უფლებათა ინდიკატორები გამოიყენება როგორც ეროვნულ, ასევე საერთაშორისო დონეზეც. „საერთაშორისო დონეზე ისინი საჭიროა სახელმწიფოს მიერ ადამიანის უფლებებზე პასუხისმგებლობის შესრულების მონიტორინგისათვის, რომელიც ვრცელდება მის საზღვრებს გარეთ. საერთაშორისო ორგანიზაციებმა უკვე დაიწყეს ინდიკატორების იდენტიფიცირება ამ პასუხისმგებლობების მონიტორინგისათვის. მაგალითად,

<sup>97</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 307

<sup>98</sup> იხ. იქვე, გვ. 308

<sup>99</sup> იხ. იქვე, გვ. 309

ინდიკატორები უკვე შემუშავდა ათასწლეულის განვითარების მე-8 მიზნისათვის, აივ-ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებით.“<sup>100</sup>

საილუსტრაციოდ, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა არის ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის განუყოფელი ელემენტი.<sup>101</sup> თუმცა, სახელმწიფოებს სჭირდებათ მეთოდი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრესული რეალიზაციის გასაზომად. არსებობს რამდენიმე რელევანტური ინდიკატორი, მათ შორის კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით მიმდინარე მშობიარობათა წილი. სახელმწიფოს შეუძლია შეარჩიოს ეს ინდიკატორი ამ უფლების პროგრესული რეალიზაციის გასაზომად. ეროვნულმა მონაცემებმა შეიძლება აჩვენოს, რომ ეს მაჩვენებელი არის 60%. როდესაც ეს ინდიკატორი დაიყოფა მაჩვენებლებად სოფლად და ქალაქში, შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ 70%-ია ქალაქში და მხოლოდ 50% - სოფლად. ეთნიკური ნიშნით შემდგომი დაყოფისას, მაჩვენებელი შეიძლება შეიცვალოს და სოფლად, დომინანტური ეთნიკური ჯგუფისათვის შეიძლება შეადგინოს 70%, ხოლო მცირე ეთნიკური ჯგუფისათვის – 40%. ეს მიანიშნებს ინდიკატორების დაყოფის აუცილებლობაზე, რომ გამჟღავნდეს „დე ფაქტო“ დისკრიმინაცია; რაც ასევე მიუთითებს, რომ ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი ქალები შეიძლება იყვნენ განსაკუთრებით არახელსაყრელ პირობებში და იმსახურებდნენ განსაკუთრებულ ყურადღებას.<sup>102</sup>

ჯანმრთელობის უფლების პროგრესული რეალიზაციისათვის სახელმწიფომ მიზნად უნდა დაისახოს ერთგვარად ეროვნული მოცვა - 70%, ქალაქად და სოფლად ყველა ეთნიკური ჯგუფისათვის, 5 წლის განმავლობაში. ამგვარად, „ინდიკატორი - კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით მიმდინარე მშობიარობათა წილი ან მიზანი არის 70%. სახელმწიფომ უნდა შეიმუშავოს და განახორციელოს პოლიტიკა და პროგრამები 5 წელში 70%-ის მისაღწევად. თუ სახელმწიფო მიაღწევს დასახულ მიზანს, შემდგომი 5 წლისათვის შესაძლებელია უფრო ამბიციური მიზნის დასახვა, მაგრამ თუ სასურველი შედეგი არ იქნა მიღწეული, მაშინ უნდა მოხდეს მიზეზების იდენტიფიცირება და ზომების მიღება.“<sup>103</sup>

„დასახული სტანდარტის მიუღწევლობა არ ნიშნავს, რომ სახელმწიფო არ ასრულებს საერთაშორისო ვალდებულებას ჯანმრთელობის უფლებასთან მიმართებაში. ზოგიერთ შემთხვევაში სახელმწიფო ვერ აღწევს მიზანს მიზეზების გამო, რომელიც მისი კონტროლის ქვეშ არ არის; მაგრამ თუ სახელმწიფოში ჩაგარდნა

<sup>100</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 310

<sup>101</sup> Commission on Human Rights, “The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”, E/CN.4/RES/2003/28 (22 April 2003), preamble and para 6. In: Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 311

<sup>102</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 311

<sup>103</sup> იხ. იქვე, გვ. 311-312



განხორციელდა ჯანდაცვის სისტემაში კორუფციის გამო, მაშინ ის ნამდვილად არღვევს ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებულ საერთაშორისო ვალდებულებას.<sup>104</sup>

და ბოლოს, დანაწევრებული ინდიკატორი, როგორცაა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით მიმდინარე მშობიარობათა წილი, როდესაც გამოიყენება ბენჩმარკთან ერთად, ეხმარება სახელმწიფოს განსაზღვროს - რა სახის პოლიტიკა არის ვარგისი. მეტიც, „ეს ეხმარება სახელმწიფოს „დათვალოს“ პასუხისმგებლობები, რომლებიც ჯანმრთელობის უფლებიდან გამომდინარეობს. რა თქმა უნდა, ერთი ინდიკატორი, თუნდაც დანაწევრებული, ვერ განსაზღვრავს ყველა განზომილებას, რომლებიც მნიშვნელოვანია ადამიანის უფლებების პერსპექტივიდან. ამისათვის საჭიროა სხვა ინდიკატორებიც.“<sup>105</sup>

ჯანდაცვის შეფასების თვალსაზრისით, გამოიყენება ინდიკატორების ფართო სპექტრი, როგორცაა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით მიმდინარე მშობიარობათა წილი, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და აიუ-ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა. საკითხი მდგომარეობს შემდეგში - შეიძლება თუ არა აღნიშნული ჯანდაცვის ინდიკატორები მივაკუთვნოთ „ადამიანის უფლებების ინდიკატორებს“ და დავარქვათ „ჯანმრთელობის უფლების ინდიკატორები“? გაეროს სპეციალურ მოხსენებაში<sup>106</sup> აღნიშნულია, რომ ჯანდაცვის ინდიკატორები შეიძლება გამოყენებული იქნეს ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის პროგრესული რეალიზაციის ასპექტების მონიტორინგისათვის.

1. ისინი(ინდიკატორები) გარკვეული სიზუსტით შეესაბამება ჯანმრთელობის უფლების ნორმებს<sup>107</sup> - უნდა არსებობდეს ზუსტი შესაბამისობა ან კავშირი ინდიკატორსა და ჯანმრთელობის უფლების ნორმასა და სტანდარტს შორის. კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით მიმდინარე მშობიარობათა წილის შემთხვევაში, გონივრულია ზუსტი შესაბამისობა ადამიანის სხვადასხვა უფლებათა ნორმასთან, ჯანმრთელობის უფლებისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ჩათვლით (მაგ. ბავშვის უფლებების კონვენციის 24(2)(ა) და (დ) ქვეპუნქტები).
2. ისინი(ინდიკატორები) დაყოფილია სქესის, რასის, ეთნიკური წარმომავლობის, ქალაქად და სოფლად მცხოვრებთა და სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მიხედვით.<sup>108</sup> ადამიანის უფლებებს ახასიათებს განსაკუთრებული მოცვა მოწყველადი პირებისა და ჯგუფებისა. ეს

<sup>104</sup> Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York, 2007, გვ. 312

<sup>105</sup> იხ. იქვე, გვ. 312

<sup>106</sup> Interim Report of the Special Papporteur to the General Assembly 2004, A/59/422

<sup>107</sup> იხ. იგივე

<sup>108</sup> იხ. იგივე

აისახება ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლის მრავალ დებულებაში და თანასწორობის პრინციპების დაცვით.

3. ისინი(ინდიკატორები) შევსებულია დამატებითი ინდიკატორებით, რომლებიც მონიტორინგს უწევენ 5 დამატებით, მომიჯნავე, ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის მახასიათებელს.
  - ეროვნული სტრატეგია და გეგმა, რომელიც შეიცავს უფლებას ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე. ჯანმრთელობის უფლება მოითხოვს, რომ სახელმწიფოს ჰქონდეს მოქმედების სტრატეგია და გეგმა, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის უფლებას უნივერსალური ხელმისაწვდომობის ჩათვლით. საჭიროა, რომ გაიზომოს ეს არსებითი მახასიათებელი.
  - ცალკეული პირების და ჯგუფების მონაწილეობა (ჩართულობა), განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფებისა, ჯანდაცვის პოლიტიკისა და პროგრამების ფორმულირებაში. რადგანაც მონაწილეობა (ჩართულობა) არის არსებითი მახასიათებელი ჯანმრთელობის უფლებისა, საჭიროა ინდიკატორები ხარისხის გასაზომად, რომლის მიმართაც ჯანდაცვის პროგრამები და პოლიტიკა, მათ შორის სერვისების ხარისხის კონტროლი, არის საერთო.
  - ჯანდაცვის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, მათ შორის პერსონალური მონაცემების კონფიდენციალობა. რადგან ჯანდაცვის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა არის არსებითი მახასიათებელი ჯანმრთელობის უფლებისა, ინდიკატორები საჭიროა იმისათვის, თუ რა ხარისხით არის ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის ინფორმაცია ყველასათვის. ჯანდაცვის ინფორმაცია შესაძლებლობას აძლევს ადამიანებს გაიუმჯობესონ საკუთარი ჯანმრთელობა და მოითხოვონ ხარისხიანი სერვისი სახელმწიფოსა და სხვათაგან.
  - საერთაშორისო დახმარება და დონორებთან თანამშრომლობა ჯანმრთელობის უმაღლესი, შესაძლო სტანდარტის მისაღწევად განვითარებად ქვეყნებში. ჯანმრთელობის უფლება მოიცავს ვალდებულებას, რომ განვითარებულმა ქვეყნებმა მიიღონ ზომები განვითარებადი ქვეყნების დასახმარებლად ჯანმრთელობის უფლების სრული რეალიზაციის მისაღწევად. ინდიკატორები საჭიროა გასაზომად, ასრულებენ თუ არა დონორები ვალდებულებებს.
  - ხელმისაწვდომი და ეფექტური მონიტორინგისა და ანგარიშვალდებულების მექანიზმები. ინდიკატორები საჭიროა გასაზომად, თუ რა ხარისხით არსებობს ეს მექანიზმები.

შეუძლებელია ერთ ინდიკატორს ჰქონდეს ყველა ზემოთჩამოთვლილი მახასიათებელი. შესაბამისად, უნდა განისაზღვროს ინდიკატორების გარკვეული რაოდენობა, რომელთაც ერთად ექნებათ ეს მახასიათებლები. სხვადასხვა ინდიკატორები სახელმწიფოს და ადამიანების უფლებათა

დამცველებს დაეხმარება უფლების პროგრესული რეალიზაციის მონიტორინგისას. და ბოლოს, სათანადო ინდიკატორების კომბინაციას შეუძლია წარმოქმნას ჯანდაცვის ინდიკატორების უფლებრივი მიდგომა.

### III. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება სხვა ქვეყნების კონსტიტუციებში

„ყველა ქვეყნის კონსტიტუციის 67.5% შეიცავს დებულებებს ჯანმრთელობასა და ჯანმრთელობის დაცვაზე. ეს არის მნიშვნელოვანი მიგნება საერთაშორისო ჯანმრთელობის უფლების აღიარებისა და იმპლემენტაციისათვის. კონსტიტუციების უმრავლესობა, რომლებშიც აღიარებულია ეს უფლება, არის „ხისტი“. მოქნილი კონსტიტუციები, როგორც წესი, არ აღიარებენ ჯანმრთელობის და ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას. თითქმის ყველა კონსტიტუციის აღნიშნული დებულებები არის უნივერსალური და არა შეზღუდული გარკვეული ჯგუფებისათვის.“<sup>109</sup> მაგალითად, იტალიის, სამხრეთ აფრიკის, უნგრეთისა და პოლონეთის კონსტიტუციებში არის დაცული ჯანმრთელობის უფლება, ხოლო კანადის, იაპონიის, გერმანიის, შვეიცარიის, გაერთიანებული სამეფოს და აშშ-ს კონსტიტუციებში - არა.<sup>110</sup> ასევე შემდეგი ქვეყნების კონსტიტუციები შეიცავენ დებულებებს ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ: ჰოლანდია, ბელგია, არგენტინა, ლუქსემბურგი, შვეიცარია, ფინეთი, ლინხენშტეინი, ლატვია; ისლანდია გადახდილია მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ.<sup>111</sup>

განასხვავებენ სხვადასხვა ტიპის კონსტიტუციურ დებულებებს, რომელთა სტრუქტურა, სამართლებრივი ენა და შესრულებასთან დაკავშირებული ვალდებულებები განსხვავებულია. ზოგადად, იდენტიფიცირებულია კონსტიტუციური დებულებების 5 ტიპი, რომლებიც მიმართულია ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობის დაცვისაკენ ეროვნულ კონსტიტუციებში:

1. განაცხადი მიზანზე, რომელიც გამოხატავს მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მიზანს;
2. განაცხადი უფლებაზე, რომელიც გამოხატავს უფლებას ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის დაცვაზე და საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სერვისებზე;
3. განაცხადი ვალდებულებებზე, რომელიც მოიცავს ვალდებულებებს ჯანმრთელობის დაცვასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებზე;
4. პროგრამული განაცხადი, რომელიც განსაზღვრავს მიდგომებს დაფინანსებაზე, მიწოდებაზე ან რეგულირების შესახებ ჯანმრთელობის დაცვისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებისა;

<sup>109</sup> Kinney E.D., Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell International Law Journal, 2004, გვ. 102

<sup>110</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 367

<sup>111</sup> Kinney E.D., Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell International Law Journal, 2004, გვ. 102

5. მიმმართავი განაცხადი, რომელიც ამისამართებს ამ უფლებას სხვა რეგიონული ან საერთაშორისო ხელშეკრულების აღიარებისაკენ.<sup>112</sup>

დებულებები უფლებისა და ვალდებულების შესახებ მოიცავს უფრო მეტ კონსტიტუციურ ვალდებულებას, ვიდრე სხვა დანარჩენი. ამ თვალსაზრისით, განსაკუთრებით გამოირჩევა ვალდებულების შესახებ დებულება, პროგრამული ან მიზნების მომცველი დებულებებისაგან მისი ლეგალური ენის გამო, ვინაიდან ის აკისრებს უპირობო ვალდებულებას სახელმწიფოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებთან დაკავშირებით. ანალოგიურად, უფლების შესახებ დებულება იძლევა შეუზღუდავ უფლებას ჯანმრთელობასა და ჯანმრთელობის დაცვაზე.<sup>113</sup>

ევროპულ კონსტიტუციებში უმეტესობა სოციალური და ეკონომიკური უფლებებისა არის „პროგრამული“, რაც ნიშნავს, რომ ისინი წარმოადგენენ მხოლოდ შთამაგონებელ პოლიტიკურ პრინციპებს ან მიზნებს ხელისუფლებისათვის მიმართულების მისაცემად - გაატარონ შესაბამისი ზომები. „ეს უფლებები არის „პროგრამული“, რადგან არ არის „თვით-შესრულებადი“; მათი განხორციელება დამოკიდებულია სამართლებრივ პროგრამებზე ან აღმასრულებელ ქმედებებზე. პროგრამული უფლებები არის ძირითადად ჩრდილოეთის ქვეყნებში, საფრანგეთში, იტალიაში, საბერძნეთში და ესპანეთში. ეს უფლებები არ ქმნიან სასამართლოს წესით განხორციელებად ინდივიდუალურ უფლებებს. სასამართლოები არ აღიარებენ, რომ ეს უფლებები არის სასამართლო წესით აღსრულებადი, როგორც უფლებები სახელმწიფოს წინააღმდეგ.“<sup>114</sup> საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლი, სტრუქტურით და ლეგალური ენის მიხედვით, პროგრამული ხასიათისაა და შესაბამისად, წარმოადგენს სუსტ წყაროს ამ უფლების დაცვისათვის. ის ფაქტიურად შეიცავს მიდგომებს დაფინანსების შესახებ და არ ავალდებულებს სახელმწიფოს ამ უფლების უზრუნველყოფას. აქედან გამომდინარე, რთული იქნება მისი სასამართლო წესით აღსრულება.

რატომ არის ზოგი ქვეყნის კონსტიტუციაში დაცული ჯანმრთელობის უფლება და ზოგან - არა. ნაწილობრივ, „პასუხი მიიღება ინდივიდუალური და სოციალური უფლებების შედარებით, უფლების კონსტიტუციაში ასახვით, სამართლებრივი და პოლიტიკური შედეგების დადგომასთან კავშირში.“<sup>115</sup>

ბევრი მეცნიერი თვლის, რომ პოლიტიკური და სამოქალაქო უფლებები ასახულია პირველი თაობის კონსტიტუციებში, როგორცაა აშშ-ს კონსტიტუცია და უფლებათა ბილი. ამერიკული კონსტიტუციის შემთხვევაში, ინდივიდუალური უფლებები მნიშვნელოვანი ნაწილი იყო მე-17

<sup>112</sup> Kinney E.D., Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell International Law Journal, 2004, გვ. 103-104

<sup>113</sup> იხ. იქვე, გვ. 104

<sup>114</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 362

<sup>115</sup> იხ. იგივე

საუკუნის პოლიტიკური და სამართლებრივი ფილოსოფიისა, როდესაც ეს კონსტიტუცია მიიღეს. ამერიკის უფლებათა ბილი ხშირად მოიხსენიება როგორც ნეგატიური უფლებების პაქტი, რომელიც იცავს ინდივიდუალურ თავისუფლებებს სახელმწიფოს ჩარევისაგან. მოსამართლე პოზნერის მიხედვით, „ადამიანები, რომელთაც დაწერეს უფლებათა ბილი, იმაზე კი არ წუხდნენ, რომ სახელმწიფოს შესაძლოა ძალიან ცოტა რამ გაეკეთებინა ხალხისათვის, არამედ იმაზე, რომ მას არ გაეკეთებინა მეტი.“ „ბილი შეიქმნა მანამ, სანამ ჩამოყალიბდებოდა თანამედროვე სოციალური სახელმწიფო; ხოლო ევროპაში პირიქით, სოციალური სახელმწიფოები შეიქმნა ბევრად უფრო ადრე, ვიდრე ჩამოყალიბდებოდა კონსტიტუციები.“<sup>116</sup>

ევროპული ქვეყნებისათვის დამახასიათებელი, მეორე თაობის კონსტიტუციები მეტად შეიცავს სოციალურ უფლებებს და მოითხოვს სახელმწიფოებისაგან პოზიტიურ ქმედებებს. „განსაკუთრებით მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ შექმნილი კონსტიტუციები შეიცავენ სოციალურ და ეკონომიკურ უფლებებს. ისტორიულად, ევროპელებმა განავითარეს ამერიკელებისაგან განსხვავებული კონცეფცია სახელმწიფოს შესახებ. გერჰარდ გასპერის მიხედვით, ევროპული სახელმწიფოები არ ჩამოყალიბდნენ მათი კონსტიტუციების მიხედვით. ამგვარად, დასაშვები გახდა პოზიტიური უფლებებისა და მორალური პროგრამების ჩართვა კონსტიტუციებში.“<sup>117</sup> „პოსტ-კომუნისტურ კონსტიტუციებში ჯანმრთელობის უფლება აღიარებულია, როგორც კოლექტიური, განსხვავებით ამერიკული კონსტიტუციისაგან, სადაც უფლებები გარანტირებულია თითოეული ინდივიდისათვის; უფრო თანამედროვე კონსტიტუციები შეიცავენ „პოზიტიურ“ სოციალურ უფლებას, რომელიც მიზნად ისახავს თანასწორობის მიღწევას სასამართლო გზით განხორციელების გარეშე.“<sup>118</sup>

საინტერესოა კავშირი ჯანმრთელობის დაცვის უფლების რეალიზაციასა და სახელმწიფოს ეკონომიკური განვითარების დონეს შორის, რომელიც ხშირ შემთხვევაში მოიაზრებს სახელმწიფოს გულუხვობასაც ამ უფლებასთან მიმართებაში. ამანდა ლითლის კვლევის მიხედვით, „არ არსებობს მკაფიო კორელაცია კონსტიტუციაში დაცულ სოციალურ უფლებებსა და სახელმწიფოს ხელგაშლილობას შორის. სახელმწიფოს ხელგაშლილობა დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებზე: მოსახლეობის ერთგვაროვნება, ხელისუფლებისადმი ნდობის ფაქტორი, პოლიტიკური პარტიების სიცოცხლისუნარიანობა, საკანონმდებლო პროცესების აქტიურობის დონე და კულტურაში ინდივიდუალიზმის გავრცელება. ფაქტია, რომ „ყველაზე განვითარებული სოციალური სახელმწიფოსადმი დამახასიათებელი სოციალური პროგრამები შეიქმნა ისეთ ქვეყნებში, რომლის კონსტიტუციებში საერთოდ არ არის დაცული სოციალური და ეკონომიკური უფლებები (შვეიცია, აშშ) ან ჩამოყალიბებულია, როგორც

<sup>116</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 362  
<sup>117</sup> იხ. იგივე  
<sup>118</sup> Sandhu P.K., A Legal Right to Health Care: What can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, California Law Review, 2007, გვ. 9

ზოგადი მიზანი ქვეყანაში სოციალური პოლიტიკის განხორციელებისათვის (გერმანია, საფრანგეთი). ისტორიულად, დასავლურმა დემოკრატიებმა თანდათან დანერგეს სოციალური და ეკონომიკური უფლებები კანონმდებლობისა და კონსტიტუციური სასამართლოს გადაწყვეტილებების გამოყენებით.“ ამრიგად, „ეკონომიკური და სოციალური უფლებების კონსტიტუციალიზაცია არ იწვევს მათ ავტომატურ დაცვას, როდესაც მათი კონსტიტუციაში არ არსებობისას, სახელმწიფოები მაინც ქმნიან გულუხვ სოციალურ პოლიტიკას.“<sup>119</sup> „ბევრ ქვეყანას, რომელიც განსაკუთრებით ბევრ რესურს ხარჯავს ჯანმრთელობის დაცვაზე, საერთოდ არა აქვს დებულება ამ უფლების შესახებ ეროვნულ კონსტიტუციებში.“<sup>120</sup>

საილუსტრაციოდ, ამანდა ლითლის კვლევის მიხედვით, კონსტიტუციურ სტატუსსა და ჯანმრთელობის ორ მნიშვნელოვან ინდიკატორს (ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა) შორის კორელაცია არ შეინიშნება. ეს ორი ინდიკატორი საუკეთესოა იაპონიაში – ქვეყანაში, რომელშიც ჯანმრთელობის ან ჯანდაცვის უფლებას კონსტიტუციური სტატუსი არ გააჩნია. შესწავლილი სხვა ქვეყნების უმრავლესობას გააჩნია ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობისა და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ისეთი მაჩვენებლები, რომლებიც მოულოდნელი არ ყოფილა. გამონაკლისს წარმოადგენს აშშ, რომელშიც აღინიშნა შედარებით მაღალი ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა, ასევე უნგრეთი და პოლონეთი, რომელთაც აქვთ ყველაზე მაღალი ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა და ყველაზე დაბალი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა.<sup>121</sup> ასევე არ შეინიშნება კორელაცია ჯანმრთელობის უფლების კონსტიტუციურ სტატუსსა და ჯანდაცვის მომსახურების უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას შორის. შვიდ ქვეყანაში არსებობს მოსახლეობის უნივერსალური (სრული) ან თითქმის უნივერსალური დაფარვა (საჯარო სამედიცინო მოსახურებაზე ხელი მიუწვდება მოსახლეობის 99-100 %-ს). ამათგან სამ ქვეყანაში ჯანდაცვის უფლებას აქვს კონსტიტუციური სტატუსი (უნგრეთი, იტალია, პოლონეთი), ხოლო ოთხში კი – არა (კანადა, იაპონია, შვეიცარია და დიდი ბრიტანეთი). უნივერსალური (ან თითქმის უნივერსალური) ხელმისაწვდომობის (დაფარვის) არმქონე ქვეყნებს შორის ერთში ჯანდაცვის უფლებას კონსტიტუციური სტატუსი გააჩნია (ნიდერლანდები), ხოლო ორში კი – არა (გერმანია და აშშ).<sup>122</sup>

რაოდენობა ან სიძლიერე კონსტიტუციის დებულებისა არ განაპირობებს იმ რესურსის რაოდენობას, რასაც ქვეყანა ხარჯავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე. კერძოდ, ქვეყნები, რომელთაც აქვთ აღებული

<sup>119</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 363  
<sup>120</sup> Kinney E.D., Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell International Law Journal, 2004, გვ. 105  
<sup>121</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 367  
<sup>122</sup> იხ. იგივე

უდიდესი კონსტიტუციური ვალდებულება, ხარჯავენ 308 დოლარს ერთ სულ მოსახლეზე, ხოლო ქვეყნები, რომელთაც საერთოდ არა აქვთ აღიარებული ეს ვალდებულებები - 716 დოლარს.<sup>123</sup> ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო მონაცემებით, საქართველოში ჯანდაცვის დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე 499 დოლარია.<sup>124</sup> არის მრავალი ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს, თუ რატომ ხარჯავს სახელმწიფო ცოტას ჯანდაცვაზე. „პირველი, საერთო მიდგომა კონსტიტუციასთან დაკავშირებული – ზოგიერთ ქვეყანაში კონსტიტუცია არის პოლიტიკური კულტურის ნაწილი და განიხილება როგორც დაცვის წყარო, ზოგიერთ ქვეყანაში კი - მოსახლეობისათვის ნაკლებად ცნობილია კონსტიტუციის როლი უფლებების დაცვაში. მეორე, სამართლებრივი საშუალებების ხარისხი, სასამართლო პრაქტიკა, პირადი უფლებების სასამართლო დაცვა ვარირებს სხვადასხვა ქვეყნისათვის. მესამე, ბევრი ქვეყანა, განსაკუთრებით სამხრეთ ნახევარსფეროში ანუ განვითარებადი, არ ფლობს საკმარის რესურსს ჯანდაცვის უკეთ დაფარვისათვის.“<sup>125</sup>

ჯანმრთელობის უფლების კონსტიტუციონალიზაციის შედეგი არის ის, რომ „ჯანდაცვის პოლიტიკის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღება ინაცვლებს საკანონმდებლოდან სასამართლო სისტემაში. ვიქტორ ოსიატინსკის აზრით, ეს გამოიწვევს მუდმივ კონფლიქტს საკანონმდებლო და საკონსტიტუციო ხელისუფლებებს შორის ჯანდაცვის პოლიტიკაზე, რაც რეალურად ხელს შეუშლის არსებული ჯანდაცვის კანონმდებლობისა და რეფორმების განხორციელებას.“<sup>126</sup>

თუმცა, საზოგადოების ეკონომიკური კეთილდღეობა შეიძლება იყოს „უფრო მნიშვნელოვანი ფაქტორი სოციალური და ეკონომიკური უფლებების განხორციელებისათვის, ვიდრე რომელიმე კონსტიტუციური დებულება.“<sup>127</sup>

ერთი მეცნიერი, რომელიც მომხრეა ხელისუფლებათა დანაწილების დოქტრინისა, გვთავაზობს, რომ საკონსტიტუციო სასამართლოებმა არ უნდა მიიღონ გადაწყვეტილებები, რომელთაც აქვთ უდიდესი გავლენა სოციალურ და ეკონომიკურ პოლიტიკაზე. გამოცდილება აჩვენებს, კონსტიტუციაში, რომელშიც დაცულია ბევრი სოციალური და ეკონომიკური უფლება, ეს უფლებები და საერთოდ ყველა უფლება არის ნაკლებად განხორციელებადი. ამერიკის შემთხვევაში ითვლება, რომ მის კონსტიტუციაში არ უნდა იყოს

<sup>123</sup> Kinney E.D.,Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell Internatinal Law Journal, 2004, გვ. 106

<sup>124</sup> <http://www.who.int/countries/geo/en/> (ინახა 20.07.2011)

<sup>125</sup> Kinney E.D.,Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell Internatinal Law Journal, 2004, გვ.107

<sup>126</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes?A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 363-364

<sup>127</sup> იხ. იქვე, გვ. 364



არც ერთი უფლება, რომელსაც ექნება წმინდა პროგრამული ხასიათი და რეალურად ვერ განხორციელდება.<sup>128</sup>

უფრო დეტალური სურათის შექმნისათვის საინტერესოა ლითლის კვლევის ნაწილი, სადაც აღწერილია სამიზნე სახელმწიფოების კონსტიტუციური დებულებები და იმ სახელმწიფოთა ჯანდაცვის უფლების იმპლემენტაციის მაჩვენებლები, რომელთა კონსტიტუციებში არ არის დაცული ეს უფლება.

1. ქვეყნები, რომელთა კონსტიტუციებში დაცულია ჯანმრთელობის დაცვის უფლება:

იტალიის კონსტიტუციით გარანტირებულია ჯანმრთელობის უფლება უფრო მეტად როგორც ინდივიდუალური უფლება და ასევე როგორც სოციალური. 32-ე მუხლში დაცულია ჯანმრთელობის უფლება, როგორც, პირველი - „ინდივიდის ფუნდამენტური უფლება“ და მეორე – „კოლექტიური ინტერესი“ საზოგადოებისა. იტალიურმა მთავრობამ დააფუძნა „ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური“ (Servizio Sanitario Nazionale). ტრადიციულად, ეს უფლება ინტერპრეტირებული იყო როგორც ჯანმრთელობის უფლება მათთვის, ვინც ამის საჭიროებას განიცდიდა ფინანსურად, მაგრამ სასამართლოს გადაწყვეტილებებით გაფართოვდა და მოიცვა პაციენტის თავისუფლებები, როგორცაა ექიმისა და სამკურნალო დაწესებულების არჩევის უფლება. 1988 წელს, პრევედენტულ საქმეში, სასამართლომ დაადგინა, რომ ამ სამსახურის პაციენტებს უარი არ უნდა ეთქვათ აუცილებელ და გადაუდებელ მომსახურებაზე საფასურის გამო. თუმცა, სასამართლომ დაადგინა გარკვეული შეზღუდვები სახელმწიფო ვალდებულებასთან დაკავშირებით, როგორცაა სახელმწიფო და კონტრაქტორი დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობები ან ჰოსპიტლის ორგანიზაციული მოთხოვნები.<sup>129</sup>

ჰოლანდიის კონსტიტუციის ჯანმრთელობის უფლების მუხლი ტექსტობრივად უფრო ძლიერია და სასამართლო ინტერპრეტაციისას აღნიშნავს, რომ ეს მუხლია სუსტი. 22-ე მუხლის მიხედვით, ხელისუფლებას ევალება „მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამაღლება.“ ჯანმრთელობის გაუმჯობესების განხორციელებად უფლებასთან შედარებით, ამ სოციალურ უფლებას აქვს უბრალოდ სახელმწიფო ვალდებულების ფორმა, რომელიც ეხება ჯანდაცვის სამსახურების არსებობას და ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაძლიერებას. მაგალითად, კონსტიტუციური უფლება მოითხოვს, რომ ჰოლანდიის „ჯანდაცვის ხელისუფლებამ მისდიოს ჯანდაცვის სფეროს მეცნიერულ განვითარებას და თუ საჭიროა აიღოს ინიციატივები ჯანმრთელობის დაზიანების პრევენციასთან დაკავშირებით.“ კონსტიტუციური უფლება ასევე მოითხოვს ხელისუფლებისაგან „მიიღოს ადეკვატური ზომები აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების რისკის

<sup>128</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 365

<sup>129</sup> იხ. იგივე გვ. 367

შესამცირებლად ჯანდაცვის სექტორში. ამ უფლებისადმი სახელმწიფოს ტრადიციული ვიწრო მიდგომის გამო, უზენაესმა სასამართლომ დასვა საკითხი სოციალური უფლების განხორციელებადობასთან დაკავშირებით. 1997 წლის გადაწყვეტილებაში, სოციალურ - კონსტიტუციური უფლება გახდა სამართლებრივად განხორციელებადი თავისუფლება.<sup>130</sup>

სამხრეთ აფრიკის კონსტიტუცია გარანტიას იძლევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების მისაწვდომლობის უფლებაზე. ეს პოზიტიურად ფორმულირებული უფლება აღიარებულ იქნა საკონსტიტუციო სასამართლოს მიერ დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის ("MTCT") პრევენციის შემთხვევის განხილვის დროს.<sup>131</sup>

უნგრეთის კონსტიტუცია მოიცავს ჯანდაცვაზე შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის უფლებას, მაგრამ ხელმისაწვდომობის ეს დონე არ იქნა მიღწეული სახელმწიფოს ლიმიტირებული რესურსების გამო. უნგრეთს მემკვიდრეობით ერგო სოციალური უფლებების ტრადიცია, სოციალისტურ სახელმწიფოდ არსებობის მრავალწლიანი გამოცდილების გამო. უნგრეთის კონსტიტუცია, 70(დ) მუხლის<sup>132</sup> მიხედვით, უზრუნველყოფს "უმაღლესი შესაძლო დონის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფლებას" მოსახლეობისათვის, რომელიც ცხოვრობს უნგრეთის საზღვრებს შიგნით. მუხლი 70(დ) ასევე არეგულირებს სახელმწიფოს შეთანხმებას ჯანდაცვისა და სამედიცინო დაწესებულებებთან. 1972 წლის აქტით, რომლითაც განხორციელდა სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის მოწყობა, ხელმისაწვდომობა დაფუძნებული იყო მოქალაქეობაზე, მაგრამ დღეისათვის უნგრეთში აღარ არის უფასო ჯანდაცვის უფლება ყველა მოქალაქისათვის, რადგან ამისათვის საკმარისი რესურსები არ გააჩნიათ; თუმცა უნგრეთის საკონსტიტუციო სასამართლოს კვლავ აქვს სურვილი დაიცვას სოციალური და ეკონომიკური უფლებები; ამგვარად ძნელია პროგნოზი გაკეთდეს ჯანდაცვის უფლებაზე საქმეების შედეგების მიხედვით. უნგრეთში ულიმიტო ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვაზე არასოდეს არსებობდა, კომუნისტების დროსაც. 1990 წლამდე მთავრობა ინარჩუნებდა ცენტრალიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიწოდებას და ფინანსურ სისტემას. 1990 წლიდან ხელისუფლება შეეცადა გადასულიყო სოციალური ჯანდაცვის

<sup>130</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 368

<sup>131</sup> იხ. იქვე, გვ. 365

<sup>132</sup> მუხლი 70(დ), (1) ყველას, ვინც ცხოვრობს უნგრეთის რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, უფლება აქვს ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეძლებისდაგვარად მაღალ დონეზე. (2) უნგრეთის რესპუბლიკა უზრუნველყოფს ამ უფლებას შრომითი უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების, სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და რეგულარული ფიზიკური აქტივობების მეშვეობით, აგრეთვე გარემო ბუნებრივი პირობების დაცვით.

დაზღვევის დაფინანსებიდან ჯანდაცვის დაწესებულებების ადგილობრივი მთავრობის საკუთრებაში გადაცემაზე, პრივატიზაციის წაქეზებით.<sup>133</sup>

უნგრეთის მსგავსად, პოლონეთსაც მემკვიდრეობით ერგო თითქმის შეუზღუდავი “სოციალისტური” ჯანდაცვის მუხლი<sup>134</sup>, რომელსაც არ შეეძლო ამ დონის ჯანდაცვის უზრუნველყოფა მოსახლეობისათვის. პოლონეთის კონსტიტუციის 68-ე მუხლის მიხედვით, ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია ჯანდაცვის უფლებით და თანაბარი ხელმისაწვდომობით ჯანდაცვის სერვისებზე, რომელსაც აფინანსებს სახელმწიფო. პოლონეთის საკონსტიტუციო ტრიბუნალმა განათავსა ნორმირების საკითხი პირდაპირ საკანონმდებლო ორგანოში, რომელსაც მიაჩნდა, რომ ჯანდაცვაზე უფლებების შეზღუდვა არ არის გამართლებული მხოლოდ ბიუჯეტის სახსრების სიმცირით, არამედ ასევე მოითხოვს “ნორმატიულ საფუძველს”. პოლონეთის ჯანდაცვის სისტემა დაფუძნებულია კერძო სამედიცინო დაზღვევისა და სახელმწიფო ბიუჯეტის სისტემის ერთობლიობაზე, რომელსაც ახასიათებს პოტენციური იურიდიული გაურკვევლობა (ორაზროვნობა) ჯანდაცვის უფლებასთან დაკავშირებით. ახლახანს მიღებული უნივერსალური ჯანმრთელობის დაზღვევის აქტის მიხედვით, პოლონეთის ყველა მოქალაქე თანდათანობით იქნება მოცული პრემიუმზე დაფუძნებული საყოველთაო სავალდებულო დაზღვევით.<sup>135</sup>

2. ქვეყნები, რომელთა კონსტიტუციებში არ არის დაცული ჯანმრთელობის დაცვის უფლება:

კანადას არ აქვს საკონსტიტუციო უფლება ჯანდაცვაზე, თუმცა მას აქვს ევროპაში და ჩრდილოეთ ამერიკაში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი შეფასების მქონე ჯანდაცვის სისტემა. კანადას არ გააჩნია ერთ დოკუმენტად დაწერილი კონსტიტუცია, არამედ აქვს უამრავი საკონსტიტუციო აქტი, უფლებებისა და თავისუფლების ქარტიის ჩათვლით. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დოკუმენტებში არ არსებობს სპეციალური საკონსტიტუციო უფლება ჯანდაცვაზე, კანადამ დაგეგმა და განახორციელა თავისი „უმაღლესად“ შეფასებული პროგრამა “მედიქა”, რომელიც განაპირობებს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას სავალდებულო სოციალური დაზღვევის პროგრამის საშუალებით. სოციალური დაზღვევის პროგრამა ფარავს ექიმისა და პოსპიტალური სერვისის “სამედიცინო საჭიროებას” province-based health plans-ის საშუალებით, რომელიც არის საჯაროდ ადმინისტრირებული, ყოველმხომცველი, საყოველთაო, პორტატული და ხელმისაწვდომი.<sup>136</sup>

<sup>133</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 365

<sup>134</sup> ამასთან დაკავშირებით ასევე იხ. რუმინეთის კონსტიტუციის 33-ე მუხლი და უკრაინის კონსტიტუციის 49-ე მუხლი

<sup>135</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 365

<sup>136</sup> იხ. იგივე

გერმანია იცავს სოციალური კეთილდღეობის პრინციპს, თუმცა არ გააჩნია საკონსტიტუციო უფლება ჯანდაცვაზე. 1919 წლის ვაიმარის კონსტიტუცია მოიცავდა სოციალურ-ეკონომიკური უფლებების ჩამონათვალს, რომელიც არასდროს განხორციელებულა. მეორე მსოფლიო ომის შემდგომი გერმანიის კონსტიტუციამ დაწერა სოციალური სახელმწიფოს პრინციპი, რომელიც აღნიშნავს - სახელმწიფო “არსებობს სოციალური სამართლიანობისათვის” და აქვს პოზიტიური ვალდებულებები გაითვალისწინოს მისი მოქალაქეების კეთილდღეობა და ძირითადი მოთხოვნები. ეს პრინციპი ვალდებულს ხდის სახელმწიფოს უზრუნველყოს საკვებით, სამსახურით და ხელფასით ისინი, ვინც ვერ ინახავს თავის თავს, მაგრამ „არ ნიშნავს, რომ კანონით მინიჭებული თითოეული სოციალური სარგებელი არის შედეგი სოციალური სამართლიანობის პრინციპისა“. სოციალური სახელმწიფოს პრინციპი „აგრძელებს ევროპულ იდეას, რომ სახელმწიფო ვალდებულია მიიღოს ზომები სოციალური უზრუნველყოფისათვის ისე, რომ ყველა მოქალაქეს შეეძლოს ღირსეული არსებობა“ და ის არის გერმანიის კონსტიტუციური ტრადიციის მნიშვნელოვანი კომპონენტი „გერმანიის კონსტიტუციურ ისტორიაში კარგი მემკვიდრეობით“. თუმცა “ძირითადი კანონი უმრავლეს შემთხვევაში დუმს სოციალური უფლებების ბუნებაზე”, სოციალური სახელმწიფოს პრინციპი გავლენას ახდენს გერმანიის კონსტიტუციურ სასამართლოზე. სასამართლომ “არაერთხელ მოუწოდა ყურადღება მიექცია სოციალური სახელმწიფოს დებულების ფუნდამენტურობაზე და ხშირად ახსენებდა ფედერაციას და ქვეყნებს მათი კონსტიტუციური მოვალეობის შესახებ, სოციალური წესრიგის დამყარების მიზნით”. კანონები უნდა შეესაბამებოდეს თავისი მნიშვნელობით “დაუწერელ ფუნდამენტურ კონსტიტუციურ პრინციპებს [უფასო და დემოკრატიული წესრიგი], ასევე ძირითადი კანონის ფუნდამენტურ გადაწყვეტილებებს, განსაკუთრებით კი კანონის უზენაესობისა (Rechtsstaat) და სოციალური კეთილდღეობის პრინციპებს (Sozialstaatsprinzip). თუმცა, სასამართლომ უარი თქვა “შექმნილიყო გაიდლაინები სოციო-ეკონომიკური უფლებების რეალიზაციისა ან სხვა სოციალური მიზნების მისაღწევად” და უფრო ხშირად საკითხს აბრუნებს უკან საკანონმდებლო ორგანოში. ამგვარად, პრინციპს აქვს რაღაც ძალა, მაგრამ მხოლოდ იმისათვის, რომ გაამართლოს სოციალური დაცვის კანონმდებლობა საკუთრების ინტერესების წინააღმდეგ, და არა იმ ადამიანებისათვის, ვინც საჭიროებს შემწობას. გერმანიის ჯანდაცვის სისტემა დაფუძნებულია სახალხო ხელშეკრულების მოდელზე საჯარო და კერძო პროვაიდერების (მომწოდებლების) შერწყმით და ძირითადად ფინანსდება სოციალური დაზღვევით. კანონით დადგენილი (ნორმატიული) დაავადებების ფონდი ფარავს მოსახლეობის უმრავლესობას და რეგიონალური ექიმთა ასოციაციები ხელშეკრულებას დებენ ამ ფონდთან და პროვაიდერებთან.<sup>137</sup>

<sup>137</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 365

იაპონიის კონსტიტუციაში ფართოდ გაწერილია სოციალური დაცვის უფლებები, მაგრამ სასამართლომ გადაწყვიტა, რომ ეს უფლებები წმინდა პროგრამულია და ამდენად, ძნელად განხორციელებადი. 1946 წელს, იაპონიის კონსტიტუცია დიდი დოზით იყო აშშ-ს გაგლენის ქვეშ, თუმცა იაპონელებს არ გადაუკოპირებიათ ამერიკელების სოციალური და ეკონომიკური დაცვის უფლებების კონსტიტუციური უგულვებელყოფა. 25-ე მუხლი უზრუნველყოფს არამარტო “ჯანმრთელობისა და კულტურული ცხოვრების მინიმალურ სტანდარტებს”, არამედ იმასაც, რომ სახელმწიფო ხელს შეუწყობს სოციალურ დაცვას. კონსტიტუციის მიღებიდან მალევე, იაპონიის უზენაესმა სასამართლომ დაუშვა პრეცედენტი იმისა, რომ 25-ე მუხლი იყო წმინდა პროგრამული და ამდენად არ ანიჭებდა მისახლეობას კონკრეტულ უფლებებს. როდესაც ამ საკითხის გადახედვა მოხდა 1967 წელს, სასამართლომ კიდევ ერთხელ დაადასტურა მისი პროგრამული დეკლარაციის თეორია. მიუხედავად განხორციელებელი ჯანდაცვის უფლებისა და იმისა, რომ მთლიანი შიდა პროდუქტის შედარებით მცირე პროცენტი ხმარდება ჯანდაცვას იაპონიაში, მოსახლეობას მაინც აქვს კარგი შედეგები ჯანმრთელობის დაცვაზე. იაპონიის ჯანდაცვის სისტემა შედგება სავალდებულო ეროვნული სამედიცინო დაზღვევისა და კერძო პროვაიდერებისაგან, რომლებიც ექვემდებარებიან ერთიანი გადახდის გრაფიკს.<sup>138</sup>

შვეიცარიის სასამართლომ დაადგინა არსებობის კონსტიტუციური უფლება, რომელსაც შეიძლება ქონდეს პოლიტიკური და სამართლებრივი ზეგავლენა ჯანმრთელობის უფლებაზე. 1995 წლის გადაწყვეტილებით, შვეიცარიის ფედერალურმა სასამართლომ აღიარა არსებობის დაუწერელი კონსტიტუციური უფლება (მაგ. ადამიანის ძირითადი საჭიროებები, როგორცაა საკვები, ტანსაცმელი და საცხოვრებელი). შვეიცარიაში კანტონები არეგულირებენ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას და ზოგიერთი მათგანი არსებობის ან აუცილებელი სამედიცინო დახმარების უფლების გარანტიას იძლევა. გარდა ამისა, 1996 წლის ფედერალური სამედიცინო დაზღვევის კანონის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიები ფარავენ ძირითადი სამედიცინო მომსახურების განსაზღვრულ პაკეტს. დადგენილი ჯანდაცვის სისტემისა და კანტონზე დაფუძნებული ჯანდაცვის უფლებების ფონზე, სასამართლომ ცნო, რომ არსებობის დაუწერელი უფლება, ჯანდაცვის უფლებების კონტექსტში, უფრო პოლიტიკურია, ვიდრე სამართლებრივი. ერთ-ერთმა მეცნიერმა აღნიშნა, რომ შვეიცარიის პოლიტიკური დისკუსიები უნდა დაფუძნებულიყო “ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თანასწორ უფლებებზე, რომელიც უზრუნველყოფდა თანაბარი შანსის არსებობას აუცილებელი მეურნეობის მისაღებად ადამიანის ჯანმრთელობის სტატუსისა და არსებული რესურსების შესაბამისად”.<sup>139</sup>

გაერთიანებული სამეფო მოსახლეობას სთავაზობს სოციალური დაცვის არა კონსტიტუციურ უფლებას, არამედ ჯანდაცვის დაფინანსების

<sup>138</sup>Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 365

<sup>139</sup> იხ. იქვე, გვ. 366

საჯარო სისტემას. ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის (NHS) დანერგვიდან, მოსახლეობა სარგებლობს ჯანდაცვის ლეგალური, მაგრამ არა კონსტიტუციური ჯანდაცვის უფლებით - როგორც NHS-ის კანონით დადგენილი ძირითადი მოვალეობა. გაერთიანებული სამეფოს ადამიანთა უფლებების აქტის მიხედვით, რომელიც აერთიანებს ევროპის ადამიანის უფლებათა კონვენციას, მოსახლეობას გარანტირებული აქვთ ცხოვრების უფლება, პირადი და ოჯახის პატივისცემის უფლება და ასევე არაჰუმანური და დამამცირებელი მოპყრობისაგან თავისუფლების უფლება. ერთ-ერთი ავტორის აზრით, ეს დებულება გზას უხსნის პაციენტს, მაღალი ფასის გამო, მკურნალობაზე უარის თქმის შემთხვევაში გადალახოს ეს წინააღმდეგობა (ამ მიზეზით პაციენტის მკურნალობაზე უარის თქმა შეიძლება შელახოს სიცოცხლის უფლება).<sup>140</sup>

„ჯანმრთელობის დაცვის უფლება არ არის დაცული აშშ-ს კონსტიტუციაში და სიტყვა ჯანმრთელობა საერთოდ არ ფიგურირებს ამ დოკუმენტში. ზოგიერთი აღნიშნავს, რომ ამის მიზეზია მე-18 საუკუნეში არასაკმარისი მეცნიერული ცოდნა, რომელიც განიხილებოდა, როგორც ინდივიდუალური და ლოკალური პასუხისმგებლობა.“<sup>141</sup> „მისი არქონა ამერიკის კონსტიტუციაში შეიძლება მივაკუთვნოთ „პირველი თაობის“ კონსტიტუციებისათვის დამახასიათებელ სტრუქტურას. ამ უფლების პოვნა შეიძლება „მეორე თაობის“ ევროპული ქვეყნების კონსტიტუციებში, თანაც უფრო მეტად პროგრამული სახით ჩამოყალიბებული, ვიდრე განხორციელებადი.“<sup>142</sup>

დღეს აშშ-ში ჯანდაცვა დაფინსებულია სოციალური და კერძო დაზღვევის ერთობლიობით, ძირითადად კერძო პროვაიდერებით. სამედიცინო დაზღვევა ნებაყოფლობითია და მიუხედავად იმისა, რომ დაახლოებით 150 მილიონი ადამიანი (სამი მეხუთედი მოსახლეობის) სარგებლობს დამსაქმებლის მიერ დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევით, 43 მილიონი ადამიანი რჩება დაუზღვეველი. გარდა ამისა, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევა, მედიკა და მედიკეიდი, უზრუნველყოფს შესაბამისად მოხუცებულებისა და ღარიბი მოსახლეობის ღირსეულ დაფარვას.<sup>143</sup>

„ფედერალურ კონსტიტუციაში არ არის დაცული ჯანმრთელობის უფლება, თუმცა მოქმედებს ფედერალური ჯანდაცვის პროგრამები და ასევე

<sup>140</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 366

<sup>141</sup> Shinn C., The Right to The Highest Attainable Standard of Health: Public Health's opportunity to Reframe Human Rights Debate in the United States, <http://www.jstor.org>

<sup>142</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 363

<sup>143</sup> იხ. იქვე, გვ. 366

რეგულაცია ჯანდაცვის მოწოდების გაუმჯობესებისათვის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროპაგანდისათვის.<sup>144</sup>

შტატების მხოლოდ მცირე რაოდენობას აქვს აღიარებული ჯანდაცვის მნიშვნელობა ხელისუფლების განხორციელებისას. მაგალითად, ალასკასა და ჰავაის კონსტიტუციებში არის დებულებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგანდის აუცილებლობაზე. ვაიომინგის კონსტიტუცია აკისრებს ვალდებულებას საკანონმდებლო ხელისუფლებას გაითვალისწინოს ჯანდაცვა, როგორც აუცილებელი ელემენტი სახელმწიფოში მშვიდობისა და სტაბილურობისათვის. სამხრეთ კაროლინას კონსტიტუციაში აღიარებულია ჯანმრთელობის დაცვა როგორც სახალხო მნიშვნელობისა. ჯანმრთელობის უფლება მეტად გამოხატულია მონტანას კონსტიტუციაში, რომელშიც ჯანმრთელობის უფლება წარმოდგენილია, როგორც განუყოფელი და კანონიერი გზებით მისაღწევი.<sup>145</sup>

სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამასთან დაკავშირებით, უზენაესმა სასამართლომ გადაწყვიტა, რომ ხელისუფლებამ არ უნდა უზრუნველყოს სპეციფიკური ბენეფიტები თვით ამ პროგრამაში, თუმცა აღიარებულია, რომ ქალებს აქვთ უფლება მიიღონ ეს სერვისები, როგორც კონსტიტუციით გარანტირებული. კერძოდ, საქმეში, მაჰერი როეს წინააღმდეგ, სასამართლომ გადაწყვიტა „კონსტიტუცია არ აკისრებს რაიმე ვალდებულებას სახელმწიფოს დაფაროს მოწყვლადი ადამიანების რაიმე სამედიცინო დანახარჯი“. ამგვარად, უზენაესმა სასამართლომ უარყო იდეა, რომ ფედერალური კონსტიტუცია აღიარებს ჯანმრთელობის უფლებას და სახელმწიფოს აქვს ვალდებულება შეასრულოს ეს უფლება კონსტიტუციის მიხედვით.<sup>146</sup> „შემდეგში სასამართლოები მიიჩნევენ, რომ სამედიცინო მომსახურება ექვემდებარება მინიმალურ შესწავლას თანაბარი დაცვის დოქტრინის შესაბამისად.“<sup>147</sup>

ამერიკის სასამართლოებს აქვთ პოლიტიკის შემქმნელი როლიც. ისტორიულად, უზენაესი სასამართლო თავისი გადაწყვეტილებებით ეწინააღმდეგება, რომ სახელმწიფოს და ფედერალურ მთავრობას აქვს დადებითი (პოზიტიური ვალდებულება) წვლილი ამერიკელების ეკონომიკური და სოციალური უფლებების გასაძლიერებლად, როგორც კონსტიტუციით გარანტირებულის. საქმეში, დეშანი ვინებაგოს სოციალური სერვისების დეპარტამენტის წინააღმდეგ, რომელშიც ბავშვს მიადგა სერიოზული ზიანი მამისაგან, მაშინ, როდესაც ბავშვი ამ დეპარტამენტის მეთვალყურეობის ქვეშ იყო, უზენაესმა სასამართლომ გადაწყვიტა: „პრინციპებიდან და ჩვენი პრეცედენტული სამართლიდან გამომდინარე სახელმწიფო დახმარება არ მიეცემათ იმ შემთხვევაშიც, როდესაც ეს ეხება

<sup>144</sup> Kinney E.D., Recognition of the International Human Right to Health and Health Care in the United States, Rutgers Law Review, 2008, გვ. 267

<sup>145</sup> იხ. იქვე, გვ. 267-268

<sup>146</sup> იხ. იქვე, გვ. 270

<sup>147</sup> იხ. იგივე

სიცოცხლის გადარჩენას, თავისუფლებას, ან საკუთრებას, მაგრამ რა თქმა უნდა, სახელმწიფო ვერ ჩამოართმევს ინდივიდს ამ უფლებას.<sup>148</sup>

იმავდროულად, „აშშ-ს უზენაესმა სასამართლომ აღიარა ვალდებულება „არსებობის საბაზისო მოთხოვნების შესახებ“. მე-14 შესწორება არის ძირითადი კანონი, რომელსაც ეყრდნობა სასამართლო ასეთ შემთხვევებში.“<sup>149</sup>

მაგრამ, რადგან სახელმწიფომ გადაწყვიტა მიაწოდოს ჯანდაცვის მომსახურება სახელმწიფო პროგრამის მეშვეობით, ის უნდა გამყარებული იყოს საკონსტიტუციო გარანტიებით. საქმეში, გოლდბერგი კელის წინააღმდეგ, სასამართლომ აღიარა, რომ სახელმწიფო პროგრამის მომხმარებლების, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამასაც, სარგებელი დაცული უნდა იყოს როგორც საკუთრება კონსტიტუციის მე-14 და მე-15 შესწორების თანახმად; როდესაც ბენეფიტები მთავრდება, სააგენტოებმა უნდა მათ მიაწოდონ შეტყობინება და სხვა შესაძლებლობები გონივრულ ვადაში.“<sup>150</sup>

„უზენაესი სასამართლოს გადაწყვეტილებები, შაპირო ტომფსონის წინააღმდეგ და მემორიალ კოსპიტალი მარიკოპას წინააღმდეგ, წარმოადგენს მე-14 შესწორებას სუსტ წყაროდ ჯანდაცვის უფლების აღიარებისათვის. სასამართლომ დადგინა, რომ „უცნაური იქნებოდა, რომ არიზონას შტატს მოეთხოვებოდა დახმარება გაუწიოს მოწყვლადს.“<sup>151</sup> აქედან გამომდინარე, „მე-14 შესწორება არ გვთავაზობს ჯანდაცვის უფლებას და ფოკუსირებულია ფორმალურ თანასწორობაზე.“<sup>152</sup>

რადგან, უზენაესი სასამართლო ვერ პოულობს ჯანდაცვის უფლებას კონსტიტუციაში, ამისათვის საჭიროა შევიდეს დამატება მის ტექსტში. კასს სანშტეინიც კი, რომელიც არ არის მომხრე სოციალური უფლებების კონსტიტუციაში დამატებისა, აღიარებს, „რომ განვიხილავ რა შერეულ და სამარცხვინო აშშ-ს ჩანაწერებს, რომელიც ნებას რთავს უფლებათა დარღვევებს საყოველთაო აყვავების პირობებში; მაგალითად... ათობით მილიონი მოქალაქე განიცდის ჯანდაცვის ნაკლებობას.“<sup>153</sup>

შესწავლილ ქვეყნებში კანონმდებლობამ მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა ჯანდაცვის დაფინანსებისა და/ან მომსახურების მიწოდების სისტემების დიზაინის ჩამოყალიბებასა და დანერგვაში. ამ ქვეყნებში სასამართლოს არ

<sup>148</sup> Kinney E.D., Recognition of the International Human Right to Health and Health Care in the United States, Rutgers Law Review, 2008, გვ. 270

<sup>149</sup> Sandhu P.K., A Legal Right to Health Care: What can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, California Law Review, 2007, გვ. 6

<sup>150</sup> Kinney E.D., Recognition of the International Human Right to Health and Health Care in the United States, Rutgers Law Review, 2008, გვ. 270-271

<sup>151</sup> Sandhu P.K., A Legal Right to Health Care: What can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, California Law Review, 2007, გვ. 6

<sup>152</sup> იხ. იქვე, გვ. 7

<sup>153</sup> იხ. იქვე, გვ. 8



განუსაზღვრია ჯანდაცვის სისტემის მიერ მიწოდებული სერვისების ნუსხა. ჯანდაცვის სისტემის პასუხისმგებლობის გადატანა საკანონმდებლო ორგანოებიდან სასამართლოებზე ძალიან ქაოსური შესაძლოა აღმოჩნდეს, განსაკუთრებით აშშ-ში. ჯერ ერთი, თუ გავითვალისწინებთ წარსულის წარუმატებელ გამოცდილებებს, აშშ-ში დიდი ეჭვის ქვეშ დგას, თუ რამდენად შესწევთ სასამართლოებს უნარი მართონ დიდი სოციალური ინსტიტუციები. სასამართლოების ჩარევას არ გამოუწვევია დიდი წარმატება ციხეების, ფსიქიატრიული საავადმყოფოების, შშმპ საცხოვრებელი სახლების ან სხვა საჯარო დაწესებულებების დესეგრეგაციის ან რესტრუქტურისაციის საქმეში. აბრამ ჩეისი (Abram Chayes) აღნიშნავს, რომ “რეფორმები, როგორც მისი განმარტება მიუთითებს, არ იწვევენ რაიმე სახის რევოლუციურ ცვლილებებს იმ დაწესებულებებში, რომელთა მიმართაც ისინი ტარდება. რეფორმები იწვევენ ცვლილებებს კიდევზე, იწვევენ გაუმჯობესებას, სახავენ ახალ მიმართულებებს და აყალიბებენ ახალ კრიტერიუმებს მსჯელობისათვის”.<sup>154</sup>

თვით ლიბერალი მეცნიერებიც კი მომხრეები არიან იმ პოლიტიკისა, რომ მწირი რესურსების არსებობისასაც კი, მთავრობებმა უნდა გაანაწილონ რესურსები ამ უფლების განხორციელებისათვის. „უფრო კონსერვატიული მეცნიერები, მაგალითად პროფესორი სანშტეინი თვლის, რომ პოზიტიური უფლებების განვითარებადი ქვეყნების კონსტიტუციებში ჩართვას აქვს სახიფათო ზემოქმედება საბაზრო ეკონომიკაზე და საბოლოო ეკონომიკურ პროგრესზე. აღმოსავლეთ ევროპის ახალგაზრდა დემოკრატიების გამოცდილებიდან ჩანს, რომ სასამართლოებმა შეაჩერეს ეკონომიკური განვითარება სასამართლო გადაწყვეტილებებში ეკონომიკური უფლებების ზომაზე მეტად დაცვის გამო. სამწუხაროა ის, რომ ეკონომიკური და სოციალური უფლებები არ უნდა განხორციელდეს სასამართლო გზით, რადგან სასამართლოებმა შეიძლება მუდმივად დაავალონ მთავრობებს დახარჯონ ფული ფიქსირებული ბიუჯეტის პირობებშიც.“<sup>155</sup> კონკრეტულად, აღმოსავლეთ ევროპის შემთხვევაში, რამოდენიმე არგუმენტი გაკეთდა სოციალური უფლებების ჩართვასთან დაკავშირებით კონსტიტუციებში. „პირველი, სახელმწიფო არ უნდა ჩაერიოს თავისუფალი ბაზრის განვითარებაში. მეორე, კონსტიტუციური უფლებები ხელს არ უნდა უშლიდეს ინდივიდის ინიციატივასა და პასუხისმგებლობის გრძნობას. მესამე, სოციალურ უფლებებს შეიძლება ჰქონდეთ პოტენციური უარყოფითი გავლენა ტრადიციულ ნეგატიურ უფლებებზე.“<sup>156</sup>

თერთმეტი ქვეყნის გამოცდილებაზე დაყრდნობით, ჯანმრთელობის კონსტიტუციური უფლება არ უზრუნველყოფს მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას ან ჯანდაცვის უკეთესი მაჩვენებლების მიღწევას. „ჯანმრთელობის

<sup>154</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 369  
<sup>155</sup> Kinney E.D., Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell International Law Journal, 2004, გვ. 108-109  
<sup>156</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 365

უფლება არ შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც მხოლოდ ინდივიდუალური უფლება ან მხოლოდ სოციალური უფლება, ის შესაძლოა იყოს ინდივიდუალური და სოციალური უფლებების კომბინაცია, რის გამოც ის უფლებების ტრადიციულ დიქტომიაში სრულად ვერ თავსდება. ჯანმრთელობის უფლება, სავარაუდოდ, არ არის განხორციელებადი და მისი ჩამოყალიბება საკანონმდებლო ორგანოს კომპეტენცია უფროა, ვიდრე სასამართლოსი. მართალია, ჯანმრთელობის უფლებას შესაძლოა ჰქონდეს დადებითი სოციალურ-პოლიტიკური შედეგები, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია განვითარების პროცესში მყოფი აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისათვის, მაგრამ რესურსების რაციონალურობა არის თანამედროვე სახელმწიფოში ნებისმიერი ჯანმრთელობის უფლების საბოლოო მახასიათებელი.<sup>157</sup>

მიუხედავად წარმოდგენილი ანალიზისა, რომელშიც გამოიკვეთა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის უფლების სრულყოფილი რეალიზაცია მეტწილად დამოკიდებულია სახელმწიფოს ეკონომიკური განვითარების დონეზე, „ეროვნულ კონსტიტუციებში ჯანმრთელობის დაცვის უფლების არსებობა მნიშვნელოვანია და წარმოადგენს გამოხატულ ვალდებულებას მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისათვის. ეს ვალდებულებები არის სასარგებლო, რადგან შეიძლება შესრულდეს მომავალში და მისი არსებობა ეხმარება მათ, ვინც იცავს ამ უფლებას, ასევე ახდენს საერთაშორისო ჯანმრთელობის უფლების განხორციელების უზრუნველყოფას“.<sup>158</sup> აგრეთვე, მნიშვნელოვანია კონსტიტუციაში დაცული დებულების ტიპი და სტრუქტურა, რომელიც უზრუნველყოფს შესაძლებლობას ამ უფლების სასამართლო გზით განხორციელების უზრუნველსაყოფად, რაც პირდაპირ კავშირშია უფლების სრულ რეალიზაციასთან.

<sup>157</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 366

<sup>158</sup> Kinney E.D., Clark A.B., Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World, Cornell International Law Journal, 2004, გვ. 107-108

#### IV. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება საქართველოს კონსტიტუციაში

საქართველოს კონსტიტუციით განმტკიცებულ სოციალურ უფლებათა ნუსხაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას, რომელიც კონსტიტუციის 37-ე მუხლშია ჩამოყალიბებული.<sup>159</sup>

კონსტიტუციის 37-ე მუხლი ერთ-ერთი ფართო მოცულობისა და შინაარსის მქონე მუხლია. იგი ხუთი პუნქტისაგან შედგება. უფლების კონსტიტუციური შინაარსის გაანალიზების გარდა, საჭიროა განისაზღვროს რა არის ჯანმრთელობა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტების მიხედვით, ჯანმრთელობა ზოგადად არის ადამიანის როგორც ფიზიკურად, ისე სულიერად და სოციალურად კარგად ყოფნა. „როგორც ჩანს ეს დეფინიცია შორს დგას ჯანმრთელობის წმინდა სამედიცინო გაგებისაგან. ამის მიხედვით, ადამიანის კარგად ყოფნა შეიძლება შეილახოს არა მარტო ფიზიკური თვალსაზრისით, არამედ სულიერი პრობლემებითაც, მათ შორის მავნე გარემო პირობების ზემოქმედებითაც.“<sup>160</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას სოციალური უფლების მნიშვნელობა გააჩნია. „ჯანმრთელობის დაცვის უფლების რეალური უზრუნველყოფა სახელმწიფოს აქტიურობაზე, კერძოდ, მის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებულ ვალდებულებათა შესრულებაზეა დამოკიდებული.“<sup>161</sup>

#### 4.1 სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა: სამედიცინო დაზღვევა და სახელმწიფო პროგრამები

საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის პირველი პუნქტით უზრუნველყოფილია ჯანმრთელობის დაზღვევისა და სამედიცინო დახმარების საყოველთაო უფლება. უფასო სამედიცინო დახმარების პირობებს, კანონი აღნიშნული პუნქტის მეორე წინადადებით განსაზღვრავს.<sup>162</sup>

ჯანმრთელობის დაზღვევა კონსტიტუციით არის გარანტირებული, როგორც ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის საშუალება. საქართველოს მოქალაქეთათვის, თუნდაც ოჯახის ერთი წევრის ავადმყოფობა და

<sup>159</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.308

<sup>160</sup> Jaeger, in: Böckenförde, Soziale Grundrechte, S.101, In: იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.308

<sup>161</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.309

<sup>162</sup> იხ. იგივე

მკურნალობისათვის სახსრების მოძიება ეკონომიკური მდგომარეობის საგრძნობი, ზოგჯერ შეუქცევადი გაუარესების მიზეზია. „ჯანდაცვა არ წარმოადგენს საქართველოს ხელისუფლების სახელმწიფო პრიორიტეტს. დაბალია ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსება და მაღალია ჯიბიდან გადახდა (ერთ-ერთი უდიდესია რეგიონში). სამედიცინო სერვისები და მედიკამენტები ხელმიუწვდომელია მოსახლეობის 30%-თვის. ერთჯერადი სტაციონარული დახმარება მცირეშემოსავლიან ადამიანს შეიძლება დაუჯდეს თვიური ხელფასის ოდენობის თანხა. საქართველოში ოჯახის წევრის ავადმყოფობამ შეიძლება გააღატაკოს მთელი ოჯახი“.<sup>163</sup> ჯანმრთელობის დაზღვევა კი ავადმყოფობით გამოწვეული კატასტროფული ხარჯების მართვის მექანიზმია.

რეფორმის ამჟამინდელ ეტაპზე, საქართველოს მთავრობამ, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სისტემაში ცვლილებების შეტანისას, ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკების უკეთ მართვის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მაგივრად, არჩევანი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვის სასარგებლოდ გააკეთა.

შედეგად, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსდა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა. 2008 წლის, საქართველოს მთავრობის №92 დადგენილების „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის<sup>164</sup> პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საფუძველზე, მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო მოსახლეობის ეტაპობრივი დაზღვევა რეგიონების მიხედვით.

პარალელურად, 2007 წლიდან, სახელმწიფო უწყებებმა აქტიურად დაიწყეს კერძო სამედიცინო დაზღვევის შესყიდვა და სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით, სადაზღვევო სისტემაში სხვადასხვა საჯარო ორგანიზაციების წარმომადგენლები ჩაერთვნენ.

საინტერესოა რამდენიმე ცვლილება, რომელიც სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებში შევიდა. 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებაში საქართველოს მთავრობის მიერ 2010 წელს შეტანილი ცვლილებების მიხედვით, სადაზღვევო ვაუჩერის საფუძველზე, დამზღვევი სადაზღვევო ხელშეკრულებას აფორმებს სადაზღვევო კომპანიასთან(მზღვეველთან) დაზღვეულის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის, 26-დან ერთ-ერთ სამედიცინო რაიონში. ხოლო საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მიხედვით, სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება „სახელმწიფო

<sup>163</sup> Jakubowski E., 10 health questions about the Caucasus and Central Asia, World Health Organization, 2009, გვ. 61.

<sup>164</sup> ვაუჩერი – სახელმწიფოს მიერ მიზნობრივი ჯგუფისათვის გადაცემული, მიმოქცევადი მატერიალიზებული ან/და არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური ინსტრუმენტი, რომელიც განკუთვნილია სამედიცინო მომსახურების ან პირადი დაზღვევის დასაფინანსებლად (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მე-3 მუხლი, „ზ“ პუნქტი)

შესყიდვების შესახებ“ კანონით ან ვაუჩერის საშუალებით, სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის პირადი დაზღვევა ხორციელდება ვაუჩერის საშუალებით. ვაუჩერი არის პერსონიფიცირებული და მისი მესაკუთრე შეიძლება იყოს პირი ან პირთა წრე. ვაუჩერის პირობების თანახმად, მის მესაკუთრეს აქვს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის თავისუფლად არჩევის უფლება.<sup>165</sup> ზემოთაღნიშნული ცვლილების მიხედვით, პირს სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება აღარ აქვს და მისი უფლება სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევისა, კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით შეიცვალა, შემდეგი 3 წლის განმავლობაში. სადაზღვევო პაკეტს დაემატა ახალი კომპონენტი – მედიკამენტების ხარჯები (წლიური ლიმიტი 50 ლარი და 50%-იანი თანაგადახდა), დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის 1 წლიანი ხელშეკრულება 3 წლიანით შეიცვალა, რაც თავისთავად დადებითი ტენდენციაა და მოსახლეობის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების არსიდან გამომდინარე. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს აქვს მარეგულირებელი როლი და ამ სამი წლის განმავლობაში, სადაზღვევო კომპანიისათვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის შეწყვეტის საფუძველია კომპანიის მიერ ვაუჩერისა და კონკურსის პირობებით განსაზღვრული ვალდებულებების სისტემატური და უხეში დარღვევები, რომელთა შესახებ წერილობით დასკვნას გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური და/ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მიუხედავად კანონმდებლობაში ბოლო დროს შესული ცვლილებებისა, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ბაზარი შედარებით ნელი ტემპით ვითარდება. 2009 წელს ჩატარებული კვლევის<sup>166</sup> მიხედვით, საქართველოს მოსახლეობის მხოლოდ 24.5% სარგებლობდა რაიმე ტიპის დაზღვევით, მათ შორის მეტი წილი სახელმწიფოს მიერ იყო დაზღვეული.

ეფექტური ჯანდაცვის სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას, რაც ერთ-ერთი წინაპირობაა ჯანმრთელობის დაცვის უფლების რეალიზაციისას. ჯანდაცვის სისტემები განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში - მთლიანად სახელმწიფო (ინგლისი), მთლიანად კერძო (აშშ) და შერეული.<sup>167</sup> საქართველო, ბოლოდროინდელი რეფორმების მიხედვით, მთლიანად კერძო სისტემისაკენ მიისწრაფვის. კერძო სისტემის არსებობისას, სამედიცინო მოსახურებას კერძო სექტორი ახორციელებს (სადაზღვევო კომპანიები და სამედიცინო დაწესებულებები), რაც ჯანდაცვის საბაზრო მიდგომას ნიშნავს. ამერიკული გამოცდილების მიხედვით, ეს მიდგომა ყველაზე ნაკლებად არის ორიენტირებული ჯანდაცვის

<sup>165</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-19 მუხლი.

<sup>166</sup> ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 2009, გვ.76

<sup>167</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 361

საყოველთაო ხელმისაწვდომობაზე და მისთვის მეტად არის დამახასიათებელი ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევა. ამიტომ ასეთი სისტემა მეტ რეგულაციებს საჭიროებს სახელმწიფოს მხრიდან. შესაბამისად, აშშ-ს კანონმდებლობა შეიცავს საკანონმდებლო აქტებს - რასობრივი დისკრიმინაციის შესახებ დაზღვევისას; სქესობრივი ნიშნით დისკრიმინაციის შესახებ დაზღვევისას (აღნიშნულ აქტში ხაზგასმულია, რომ „ორსულობა, მშობიარობა და მომიჯნავე სამედიცინო მდგომარეობები“ შეიძლება გახდეს საფუძველი სქესობრივი ნიშნით დისკრიმინაციისა); შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა აქტს, რომელიც მოიცავს თავს დაზღვევის შესახებ, მაგრამ მოიაზრებს მხოლოდ ფიზიკურ ხელმისაწვდომობას ხშირ შემთხვევაში (შშმ პირები დაცული არიან დაზღვევის დროს დისკრიმინაციისაგან მხოლოდ მაშინ, თუ ეს შეზღუდვა არის აბსურდული და განზრახ დისკრიმინაციული და იმ შემთხვევაშიც, თუ მათ ეს დაზღვევა პირდაპირ იყიდეს და არა დამსაქმებლისაგან); ასაკის მიხედვით დისკრიმინაციის შესახებ; გენეტიკური მემკვიდრეობის ნიშნით დისკრიმინაციის შესახებ (დაავადებები ალცჰეიმერი, მკერდის კიბო ან ღიაბეტი); ასევე, აქტებს ოჯახური ძალადობის მსხვერპლთა წინააღმდეგ დისკრიმინაციისას, ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა დისკრიმინაციისას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ნიშნით დისკრიმინაციისას. ძალზე საინტერესოა პრემიუმების მარეგულირებელი კანონიც.<sup>168</sup>

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც 37-ე მუხლის პირველი პუნქტის მეორე წინადადებითაა განსაზღვრული, ითვალისწინებს საქართველოს მთელი მოსახლეობისათვის – ყველა მოქალაქისათვის თანაბარი, მაგრამ კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების პაკეტის (თანა) დაფინანსებას. ასევე საქართველოს კანონმდებლობით, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაფინანსების ძირითადი ფორმაა პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსება. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.<sup>169</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის მიხედვით, საქართველოს მოქალაქეებს უფლება აქვთ ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით, რასაც განახორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი, განურჩევლად საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა.

მაგრამ, პროგრამები არაეფექტური აღმოჩნდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის თვალსაზრისით და იმავდროულად დეფიციტური ბიუჯეტის (სახსრები საშუალოდ ყოფნიდა რეალურ შემთხვევათა 20%-ს) გამო,<sup>170</sup> რაც განპირობებული იყო როგორც ცენტრალური ბიუჯეტის

<sup>168</sup> Crossley M., Discrimination Against the Unhealthy in Health Insurance, The University of Kansas Law Review, 2005,

<sup>169</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.311

<sup>170</sup> <http://www.psidiscourse.ge/geo/history.php?id=1> (განახილვა 11.01.2011)

ტრანსფერის (შესრულდა გეგმის 36,9%), ისე ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან ურგენტული და ამბულატორიული პროგრამების დასაფინანსებლად გადმოსარიცხი თანხებისა და სპეციალური დაფინანსების (61,1%) გეგმიური მაჩვენებლების შეუსრულებლობით.<sup>171</sup>

საილუსტრაციოდ, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის 2008 წლის 4 დეკემბრის განჩინება №ბს-758-730(კ-08)-ის მიხედვით, მოსარჩელემ ი.ა., საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის პირველი პუნქტის, „პაციენტის უფლებების შესახებ“, საქართველოს კანონის მე-12 მუხლის პირველი პუნქტის და „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის საფუძველზე, სარჩელი აღძრა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და გორის რაიონის გამგეობის მიმართ. მოსარჩელის მტკიცებით, უკიდურესად მძიმე მდგომარეობის გამო, დასახმარებლად მიმართა გორის რაიონის გამგეობას, რომლისგანაც მიიღო დაუსაბუთებელი უარი გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ხარჯების გადახდაზე. ამის შემდეგ მოსარჩელემ მიმართა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რათა მას აენაზღაურებინა მოსარჩელის მიერ გაწეული ხარჯები. სამინისტროს განცხადებით, აღნიშნული ოპერაციული მკურნალობა სახელმწიფო სტანდარტით 552,73 ლარად არის შეფასებული და თანხა(9263,71 ლარი), რომელიც მოსარჩელემ დახარჯა ურგენტული მომსახურებისათვის, ანაზღაურებას არ ექვემდებარება. საკასაციო სასამართლო ეთანხმება სააპელაციო სასამართლოს განმარტებას, რომ საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის პირველი ნაწილი აკეთებს დათქმას, თუ რა შემთხვევაშია შესაძლებელი უფასო სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა, ასეთი შემთხვევა კანონით უნდა იყოს დადგენილი. კასატორმა მიიღო ზემოაღნიშნული ნორმატიული აქტით დადგენილი სამედიცინო მომსახურების გაწევისათვის გათვალისწინებული დახმარება, ხოლო მან ვერ მითუთითა კანონი ან კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტი, რომელიც განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურებისათვის განსაზღვრული თანხის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან სრულად დაფარვის ვალდებულებას.

„ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის თანახმად, ამ პაქტის მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ თითოეული ადამიანის უფლებას, ჰქონდეს ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლესი დონე. ამავე მუხლის მეორე ნაწილის „დ“ პუნქტის თანახმად, ღონისძიებანი, რომლებიც ამ პაქტის მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა განახორციელონ ამ უფლების სრული გამოყენებისათვის, შეიცავს ღონისძიებებს, რომლებიც საჭიროა ისეთი პირობების შექმნისათვის, რაც ყველასათვის უზრუნველყოფს

<sup>171</sup> იხ. სახალხო დამცველის 2007 წლის პირველი ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში, გვ. 245

სამედიცინო დახმარებასა და სამედიცინო მოვლას ავადმყოფობის შემთხვევაში.

საკასაციო სასამართლო ეთანხმება სააპელაციო სასამართლოს განმარტებას, რომ „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის თანახმად, აღნიშნული საერთაშორისო პაქტის მონაწილე სახელმწიფოები იღებენ ვალდებულებას, შეიმუშაონ ყველა საჭირო ღონისძიება, რაც უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებასა და აღნიშნული დახმარებისათვის საჭირო პირობების შექმნას და ვერ დაეთანხმება კასატორის განმარტებას, რომ აღნიშნული პაქტით აღიარებულია პაქტის მონაწილე სახელმწიფოების ვალდებულება უფასო სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის თაობაზე.

საკასაციო სასამართლო ეთანხმება სააპელაციო სასამართლოს განმარტებას იმის თაობაზეც, რომ კასატორის მიერ მითითებული „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-12 მუხლი წარმოადგენს „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლით დადგენილი ვალდებულებების ასახვას შიდა სახელმწიფოებრივ კანონმდებლობაში.

აღნიშნული კანონის მე-12 მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, სახელმწიფო იცავს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე, რომლის გადაუდებლად განხორციელების გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება. ამავე მუხლის მე-2 ნაწილის თანახმად, თუ პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო სამედიცინო მომსახურების გამწევს არა აქვს შესაძლებლობა, აღმოუჩინოს პაციენტს ასეთი მომსახურება, იგი ვალდებულია, მიაწოდოს პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს სრული ინფორმაცია, თუ სად შეიძლება გადაუდებელი მომსახურების მიღება. აღნიშნული ნორმით უზრუნველყოფილია პაციენტის უფლება სამედიცინო მომსახურებაზე, რაც, თავის მხრივ, გულისხმობს სახელმწიფოში გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სავალდებულო და არა მის უფასოდ არსებობას. შესაბამისად, სასამართლომ განმარტა ჯანმრთელობის დაცვის უფლების უზრუნველყოფა ხელმისაწვდომობის ნაწილში, როგორც ქვეყანაში არსებობის აუცილებლობა და არა როგორც ფინანსური ხელმისაწვდომობით უზრუნველყოფა.

კონსტიტუციით განმტკიცებული სამედიცინო დახმარების საყოველთაო უფლების მქონე სუბიექტთა წრეს განსაზღვრავს „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი, რომლის შესაბამისადაც, საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს აქვს სამედიცინო მომსახურების უფლება.<sup>172</sup> ამავე კანონით დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის,

<sup>172</sup> „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლი.



კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციისა ან პირადული განწყობის გამო.<sup>173</sup>

საქართველოს მოქალაქეს, რომელიც სხვა სახელმწიფოში იმყოფება, აგრეთვე უცხო ქვეყნის მოქალაქესა და მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომლებიც საქართველოში არიან, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გარანტირებული აქვთ საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების შესაბამისად, ხოლო მათი არარსებობისას მოქმედებს იმ ქვეყნის კანონმდებლობა, სადაც პირი იმყოფება.<sup>174</sup>

„სამხედრო მოსამსახურის სტატუსის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მიხედვით, სამხედრო მოსამსახურის და მისი ოჯახის წევრთა სიცოცხლე და ჯანმრთელობა შეიძლება დაზღვეულ იქნეს სადაზღვევო მომსახურების სახელმწიფო შესყიდვის განხორციელებით ან საქართველოს კანონმდებლობის დადგენილი სხვა საშუალებით. ამავე კანონის მე-16 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, სამხედრო მოსამსახურეს სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებისას დაჭრის ან დასახინრების შემთხვევაში, სხეულის დაზიანების სიმძიმის ხარისხის შესაბამისად, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მიეცემა ერთჯერადი დახმარება არა უმეტეს 7000 ლარისა. ასევე, სამხედრო მოსამსახურე სამხედრო-სამედიცინო ქვედანაყოფებში, სამხედრო ნაწილებსა სამხედრო-სამედიცინო დაწესებულებებში სარგებლობს სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯზე მკურნალობის უფლებით.<sup>175</sup> აგრეთვე, საქართველოში მოქმედებს პროგრამა სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების შესახებ.

საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მე-4 მუხლის მიხედვით, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია: მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა, სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება, წინასწარ პატიმრობაში და სასჯელის აღსრულების დაწესებულებებში მყოფ პაციენტთა, აგრეთვე, ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილთა დისკრიმინაციისაგან დაცვა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას, მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობების შესახებ, პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის, მათ

<sup>173</sup> იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.310

<sup>174</sup> „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-9 მუხლი.

<sup>175</sup> „სამხედრო მოსამსახურის სტატუსის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის მე-5 პუნქტი.

შორის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, მათში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა, საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება და მასზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, სახელმწიფოს, საზოგადოების, თითოეული მოქალაქის მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისათვის, საცხოვრებელი, სამუშაო და დასასვენებელი გარემოს დაცვისათვის, მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება, პროფესიული გაერთიანებების, აგრეთვე, სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებაში კონსულტაციების, სამეცნიერო და პროფესიული განხილვების, სათანადო პროექტების შემუშავების, პაციენტის უფლებების დაცვაში მონაწილეობის გზით. აღნიშნული პრინციპები გამოიყენება სასამართლოში გადაწყვეტილების მიღების მნიშვნელოვან არგუმენტაციად და სახელმწიფოზე გარკვეული პასუხისმგებლობების დაკისრების საშუალებად.<sup>176</sup>

მოქმედი კანონმდებლობით, გადაუდებელი დახმარება მხოლოდ პრინციპებში არ არის ჩამოყალიბებული და მას სხვა დაცვის მექანიზმებიც აქვს. ექიმი მოვალეა პაციენტს აღმოუჩინოს დახმარება და უზრუნველყოს მისი უწყვეტობა, თუ გამოხატულია სიცოცხლისათვის საშიში, მათ შორის თვითმკვლელობის ცდით განპირობებული მდგომარეობა ან პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას (სამედიცინო დახმარება, რომლის გარეშეც გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება) ექიმის სამუშაო ადგილზე, სხვა შემთხვევაში, აუცილებელია ოფიციალურად გაფორმებული ან სიტყვიერი შეთანხმება.<sup>177</sup>

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა, ექიმის არასამუშაო ადგილზე, ევალება არა მარტო ექიმს, არამედ ნებისმიერ მოქალაქეს და ამ დროს დაუშვებელია რაიმე საზღაურის მოთხოვნა. სახელმწიფო ადგენს სისხლის სამართლებრივ პასუხისმგებლობას მედიცინის მუშაკისათვის, თუ იგი არ აღმოუჩენს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს არასაპატიო მიზეზით.<sup>178</sup> იმავდროულად, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 32-ე მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, ექიმს დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ სახელმწიფო სერტიფიკატში აღნიშნულ სპეციალობაში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტს სჭირდება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ან/და აღენიშნება სიცოცხლისათვის

<sup>176</sup> იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის, 2009 წლის 8 აპრილის, გადაწყვეტილება ბს-972-936(3კ-08)

<sup>177</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.311

<sup>178</sup> საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 130-ე მუხლი.

საშიში მდგომარეობა და შესაბამისი სპეციალობის ექიმის მოძიება ვერ ხერხდება.

სახელმწიფო ხელს უწყობს უსაფრთხო დედობას... კერძოდ სამეანო პროგრამის საშუალებით.<sup>179</sup> სამეანო პროგრამა არ ითვალისწინებს უფასო მშობიარობას და მხოლოდ ორსულობის პერიოდში ექიმთან ვიზიტით და გარკვეული დიაგნოსტიკური გამოკვლევებით შემოიფარგლება.

საქართველოში, „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის თანხმად, ხორციელდება ეკოლოგიური დაზღვევა, მათ შორის ეკოლოგიურად განსაკუთრებით საშიში საქმიანობის ობიექტების სავალდებულო ეკოლოგიური დაზღვევა. ეკოლოგიური დაზღვევით შემოსული თანხა გამოიყენება ეკოლოგიური ავარიის, აგრეთვე კატასტროფის შედეგების აღმოფხვრისა და მათი პროფილაქტიკისათვის.<sup>180</sup>

სახელმწიფო ასევე უზრუნველყოფს სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის განვითარების ორგანიზაციას, დონორობის პროპაგანდის ღონისძიებების, კადრის დონორთა საკომპენსაციო თანხის, სისხლის გაღების დღეს დონორის კვების ღირებულებების, სისხლითა და მისი პრეპარატებით სამკურნალო დაწესებულებების მომარაგების ღონისძიებების დაფინანსებას. დაფინანსება ხორციელდება საქართველოს და საზღვარგარეთის სახელმწიფო, საზოგადოებრივი ორგანიზაციებისა და მოქალაქეების საქველმოქმედო შენატანების ხარჯზეც.<sup>181</sup>

სახელმწიფო უზრუნველყოფს ფსიქიკურად დაავადებულთა სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას, იცავს მათ უფლებებსა და ინტერესებს,<sup>182</sup> აღიარებს, რომ ფსიქიკური ჯამრთელობა არის ადამიანის ჯანმრთელობის ფუნდამენტური ნაწილი და საზოგადოების კეთილდღეობის აუცილებელი პირობა, ხოლო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვა სახელმწიფოს მოვალეობაა.<sup>183</sup> ფსიქიატრიული დახმარების დაფინანსების წყაროებია როგორც სახელმწიფო დაფინანსება, ასევე პაციენტის მიერ გაღებული ხარჯები და გრანტები, ან სხვა შემოწირულობები. სახელმწიფო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების გაწევას უზრუნველყოფს პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების გზით.<sup>184</sup> პროგრამის „ფსიქიატრიული მომსახურების შესახებ“ ამბულატორიული და სტაციონარული კომპონენტის მოსარგებლეები არიან საქართველოს მოქალაქეები, ხოლო სტაციონარული კომპონენტის მოსარგებლეები, რომლებსაც ესაჭიროებათ არანებაყოფლობითი მომსახურება, არიან როგორც საქართველოს მოქალაქეები, ასევე უცხოელებიც, საქართველოში

<sup>179</sup> იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.310

<sup>180</sup> იხ იქვე, გვ.311

<sup>181</sup> იხ. იქვე, გვ.312

<sup>182</sup> იხ. იგივე

<sup>183</sup> „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი

<sup>184</sup> „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-11 მუხლი

მუდმივად მცხოვრები მოქალაქეობის არმქონე პირებიც. პროგრამა ითვალისწინებს იმ პაციენტების მკურნალობას, რომელთა მიმართაც არსებობს საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 499-ე მუხლით გათვალისწინებული სასამართლო გადაწყვეტილება, არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ.

ფსიქიატრიული დახმარება შეიძლება განხორციელდეს ნებაყოფლობით და არანებაყოფლობით. ნებაყოფლობითი დახმარების დროს სტაციონარში პაციენტი თავსდება მისი თხოვნით ან თანხმობით, 16 წლის ასაკამდე კი, მშობლის ან მეურვის თანხმობით.<sup>185</sup> არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება ტარდება, როდესაც პირს ფსიქიკური აშლილობის გამო არ გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და მისთვის ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა შეუძლებელია სტაციონარში მოთავსების გარეშე, ასევე თუ პაციენტი საფრთხეს უქმნის სხვის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას და როდესაც პაციენტის მოქმედებებმა შეიძლება მიიღოს ან სხვას მიაყენოს მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალი.<sup>186</sup>

საქართველოში მოქმედებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა. ასევე, საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა“ და შეიქმნა სათათბირო ორგანო „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭო“.

ასევე, ძალიან მნიშვნელოვანი პროგრამაა აივ ინფექციის/შიდსის ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა. გარდა ამისა, საქართველოში მოქმედებს კანონი „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“. კანონი განსაზღვრავს აივ ინფექცია/შიდსის მკურნალობის ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა აივ ინფექციაზე ტესტირების, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობისა და მოვლის, მათზე ზრუნვის საკითხებს, აგრეთვე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა და მედიცინის მუშაკთა უფლება-მოვალეობებს.<sup>187</sup> ამ დაავადების გავრცელებისა და კონტროლის ღონისძიებებს ახორციელებს სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭო. სახელმწიფო უზრუნველყოფს აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პროფილაქტიკას, მოვლის დროულობასა და უწყვეტობას სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში.<sup>188</sup> ამავ კანონის მე-10 მუხლის მიხედვით, დაუშვებელია აივ

<sup>185</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.312

<sup>186</sup> „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლი.

<sup>187</sup> „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ საქართველოს კანონის პირველი მუხლი.

<sup>188</sup> „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-8 მუხლი.

ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა სამოქალაქო, პოლიტიკური, სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული უფლებებისა და თავისუფლებების შეზღუდვა მხოლოდ აივ დადებითი სტატუსის საფუძველზე, გარდა კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ასევე, დაუშვებელია აივ ინფიცირებულის/შიდსით დაავადებულის სამუშაოდან დათხოვნა ან მისთვის სამუშაოზე მიღებაზე უარის თქმა მხოლოდ აივ დადებითი სტატუსის გამო, გარდა იმ საქმიანობებისა, სადაც არსებობს მასთან კონტაქტში მყოფი პირის დაინფიცირების მაღალი რისკი. ამ საქმიანობების ნუსხა მტკიცდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური სამინისტროს მიერ.

სახელმწიფო წარმართავს და აფინანსებს სხვადასხვა დაავადებების მკურნალობისათვის საჭირო ღონისძიებებს. მაგალითად, სახელმწიფო თავის თავზე იღებს ტუბერკულოზთან ბრძოლის ღონისძიებების განხორციელებას; ასევე ნაკისრი ვალდებულებების ფარგლებში, იმ დაავადებების მქონე პირებს, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას, უზრუნველყოფს სპეციფიური მედიკამენტებით, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 45-ე მუხლის შესაბამისად, საქართველოს სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში მყოფ პირთათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მისვლისთანავე მსჯავრდებული გადის სამედიცინო შემოწმებას და მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მოწმდება წელიწადში ერთხელ მაინც. დაავადებულ მსჯავრდებულს უტარდება გადაუდებელი მკურნალობა.<sup>189</sup> იგივე უფლება მოწესრიგებულია „პატიმრობის კოდექსის“ XX თავით - „სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება“. ამ კოდექსის 120-ე მუხლის მიხედვით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოხვედრისას, ბრალდებული/მსჯავრდებული გადის სამედიცინო შემოწმებას. მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მოწმდება წელიწადში ერთხელ მაინც და საჭიროების შემთხვევაში უტარდებათ გადაუდებელი მკურნალობა.

კანონმდებელი სახელმწიფოს აკისრებს პასუხისმგებლობას მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დაცვისათვის სტიქიური უბედურებებისა და ტექნოგენური კატასტროფების დროს. გარდა ამისა, საგანგებო მდგომარეობის, ეპიდემიური აფეთქების, ეპიდემიის შედეგად დაზიანებულთა და დაავადებულთა სამედიცინო დახმარების ხარჯებს ასევე სახელმწიფო გაიღებს.<sup>190</sup>

სახელმწიფო პროგრამით ფინანსდება ნარკომანიით დაავადებულთა ჩანაცვლებითი მკურნალობა. ნებაყოფლობით მკურნალობის შემთხვევაში, ნარკომანიით დაავადებულ პირს უფლება აქვს, დადგენილი წესით,

<sup>189</sup> „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 38-ე მუხლი  
<sup>190</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.314

შეინარჩუნოს ანონიმურობა; საკუთარი სახსრებით, არანაკლებ სიცოცხლეში ერთხელ კი – სახელმწიფოს ხარჯზე ჩაიტაროს მკურნალობის სრული კურსი.<sup>191</sup> „კანონმდებლობა იცნობს ნარკომანიით დაავადებულთა სავალდებულო მკურნალობასაც თავისუფლების დროებითი შეზღუდვის, პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში.“<sup>192</sup>

ბოლო წლების მანძილზე სურათი მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა და საქართველოს მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს ჯანმრთელობის დაზღვევა არა აქვს, რაც გარკვეულწილად მიანიშნებს ქვეყნის არსებული ეკონომიკური განვითარებისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის შეუსაბამობაზე და არაეფექტურობაზე, მათ შორის არსებული კონსტიტუციური მუხლის სისუსტეზე.

## 4.2 სახელმწიფო კონტროლის მექანიზმები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე

### 4.2.1 სამედიცინო დაწესებულებების კონტროლი

საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მეორე პუნქტის თანახმად, ჯანმრთელობის დამცავი ყველა დაწესებულების, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებისა და ამ საშუალებებით ვაჭრობის კონტროლს ახორციელებს სახელმწიფო.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო კონტროლის მექანიზმები დეკლარირებულია „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლში. ეს მექანიზმებია: სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზირება, სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცება, სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობა და ჰიგიენური ნორმირება, სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების მოწესრიგება, ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისათვის ხელშეწყობა, პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვის ხელშეწყობა, სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება, სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელშეწყობა, ქვეყნის ტერიტორიაზე

<sup>191</sup> „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტი.

<sup>192</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.314

ეპიდემიოლოგიური კონტროლის განხორციელება, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელშეწყობა სათანადო ინსტიტუციონალური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით.

#### 4.2.1.1 სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთი პრინციპია სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სამედიცინო პერსონალის, ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებისა და სამედიცინო სასწავლებლების, აგრეთვე სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ლიცენზირებაზე.<sup>193</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულება არის საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას. სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის უფლების დამადასტურებელ ლიცენზიას გასცემს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო და მისი საქმიანობა განისაზღვრება ლიცენზიაში მითითებული ჩამონათვალით.<sup>194</sup> სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტის ლიცენზია უქმდება, თუ სამედიცინო დაწესებულება არ აკმაყოფილებს გაცემული ლიცენზიის პირობებს და მისი საქმიანობა სცილდება ლიცენზიით განსაზღვრულ ფარგლებს. ლიცენზიის გაუქმების საფუძველს იძლევა ისიც, თუ სამედიცინო დაწესებულება შესაბამის ორგანოებს არ აწვდის სამედიცინო სტატისტიკურ ინფორმაციას, ლიცენზიის მიღებიდან 6 თვის განმავლობაში არ ასრულებს ლიცენზიით განსაზღვრულ საქმიანობას და არ ასრულებს ეპიდემიოლოგიური კონტროლის აუცილებელ ღონისძიებებს.<sup>195</sup>

#### 4.2.1.2 სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ხარისხის კონტროლი

სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ხარისხის კონტროლს ახორციელებს სამინისტრო, ხოლო გარკვეულ შემთხვევებში, უკანონო საექიმო საქმიანობა სისხლის სამართლის წესით დასჯადია. კონტროლის მექანიზმები განსაზღვრულია საქართველოს კანონმდებლობით.

სამედიცინო დაწესებულებებს ეკრძალებათ სამედიცინო საქმიანობა სათანადო ლიცენზიის გარეშე.<sup>196</sup> ვინაიდან სამედიცინო დაწესებულება შეიძლება იყოს სამეწარმეო ან არასამეწარმეო იურიდიული პირი, სამეწარმეო სამედიცინო დაწესებულება თავის საქმიანობას ახორციელებს

<sup>193</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლი

<sup>194</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლი

<sup>195</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 55-ე მუხლი

<sup>196</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 56-ე მუხლი

„მეწარმეთა შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად<sup>197</sup> და მას მინიჭებული აქვს კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით პროფესიული და ფინანსური დამოუკიდებლობა.<sup>198</sup> იმავედროულად, ყველა სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის კონტროლს, დადგენილი წესით, აწარმოებს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო.<sup>199</sup> უკანონო საექიმო ან ფარმაცევტული საქმიანობა, სახელმწიფოს მიერ სისხლის სამართლის წესით დასჯად ქმედებადაა აღიარებული.<sup>200</sup>

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციული და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის, 2008 წლის 14 მაისის, გადაწყვეტილება №ბს-327-309(2კ-07)-ში<sup>201</sup>, საკასაციო სასამართლომ გაიზიარა სააპელაციო სასამართლოს მოსაზრება, რომ აღნიშნულ საქმეში დარღვევა „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონების მოთხოვნები, კერძოდ, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელ ლიცენზიას გასცემს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო. სამედიცინო საქმიანობის სფერო განისაზღვრება ლიცენზიაში მითითებული ჩამონათვალით. ამავე კანონის 56-ე მუხლის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებებს ეკრძალება სამედიცინო საქმიანობა სათანადო ლიცენზიის გარეშე.“

ამავედროულად, „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონის პირველი მუხლის მეორე პუნქტის მიხედვით, ამ კანონის მოქმედება (გარდა ამ კანონის მე-6 მუხლის 72-ე–72<sup>5</sup> პუნქტებისა და 24-ე მუხლის 54-ე პუნქტისა) არ ვრცელდება ამავე კანონით განსაზღვრულ საქმიანობაზე ან ქმედებაზე, თუ მას ახორციელებს „საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული სამინისტრო ან მის გამგებლობაში არსებული სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება...“ საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს, 2008 წლის 5 ნოემბრის განჩინება № 1/6/462-ში<sup>202</sup>, მოსარჩელე აღნიშნავს, რომ „რუსთავის №2 საპყრობილის სამკურნალო დაწესებულება არის არალიცენზირებული. იქ არ არსებობს ფსიქიატრიული განყოფილება და, შესაბამისად, არა ჰყავთ ფსიქიატრი. დაწესებულების ლიცენზიის არარსებობის გამო, პაციენტი ვერ იღებს საჭირო ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს.“ სარჩელის მიხედვით, აღნიშნული ნორმა ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მეორე პუნქტს, რადგან სასჯელადსრულების სისტემაში სამკურნალო დაწესებულებებზე ლიცენზიის გაუცემლობის შედეგად, ამ

<sup>197</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 57-ე მუხლი

<sup>198</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 58-ე მუხლი

<sup>199</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 63-ე მუხლი

<sup>200</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.314

<sup>201</sup> იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციული და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის, 2008 წლის 14 მაისის, გადაწყვეტილება №ბს-327-309(2კ-07).

<sup>202</sup> იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს, 2008 წლის 5 ნოემბრის განჩინება № 1/6/462



სფეროზე არ ვრცელდება სახელმწიფოს კონტროლი. განხილებაში სასამართლო აღნიშნავს, რომ „სახელმწიფოს მხრიდან ჯანმრთელობის დაცვის სფეროზე კონტროლი ხორციელდება არამართო ლიცენზირების გზით... სამედიცინო დაწესებულება, ლიცენზირებულია თუ არალიცენზირებული, ყველა შემთხვევაში, იგი კონსტიტუციურადაა ვალდებული, განახორციელოს ჯეროვანი სამედიცინო მომსახურება და დაიცვას ადამიანის ჯანმრთელობა.“ საქართველოს სახალხო დამცველის მოსაზრებით კი, ეს ქმნის დისკრიმინაციის პრევენდენტს პატიმრების მკურნალობისას პატიმრობის ნიშნით, რადგან სასჯელადსრულების სისტემის სამედიცინო სამსახური არ არის ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულება და არ ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს რეგულაციებს, რაც 37-ე მუხლის მეორე პუნქტის დარღვევაა.<sup>203</sup>

სამედიცინო საქმიანობა, რომელიც ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში ხორციელდება და მაღალ რისკს შეიცავს, რეგულირდება სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით და ექვემდებარება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის სავალდებულო შეტყობინებას. ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელ, მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობას (შემდგომში – მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა) მიეკუთვნება:

- ა) საქმიანობა, რომელიც მოიცავს ინვაზიურ ჩარევას გაუტკივარებით;
- ბ) დერმატო-ვენეროლოგია;
- გ) სამედიცინო რადიოლოგია (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა);
- დ) დიალიზი;
- ე) ინფექციურ დაავადებებთან (მათ შორის, აივ ინფექცია/შიდსთან) დაკავშირებული საქმიანობა;
- ვ) ფთიზიატრია.

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტი მიიღება მთავრობის დადგენილებით. იგი შეიცავს მოთხოვნებს სამედიცინო აპარატურის, ხელსაწყოების, ჰიგიენური პირობებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებით. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულება მოწმდება შერჩევითი კონტროლით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული წესის შესაბამისად. მისი შეუსრულებლობა იწვევს პასუხისმგებლობას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

ამასთანავე, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულების შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება, მხოლოდ ამ მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრულ, შეტყობინებას დაქვემდებარებულ საქმიანობებზე. სტომატოლოგიური საქმიანობა/მომსახურება ექვემდებარება მხოლოდ სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულებას. საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს მაღალი რისკის

<sup>203</sup> იხ. სახალხო დამცველის 2009 წლის მეორე ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში, გვ.45

შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის ხელმისაწვდომობა დაინტერესებული პირებისათვის, მათ შორის, სტომატოლოგიური საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებლებისათვის.

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება წელიწადში ერთხელ. ამ შემთხვევაში არ გამოიყენება „სამეწარმეო საქმიანობის კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის მე-2 პუნქტი.<sup>204</sup> მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმას და წესს ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი. ეს წესი უნდა ითვალისწინებდეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მოქმედი მიმწოდებლებისათვის სავალდებულო შეტყობინების განსხვავებულ ვადას.<sup>205</sup>

#### 4.2.2 საექიმო საქმიანობაზე ზედამხედველობა

საქართველოს კანონმდებლობა იცნობს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმახორციელებელ სუბიექტს, რომელიც წარმოადგენს უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირს.<sup>206</sup> დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება აქვს საქართველოს ან უცხო ქვეყნის მოქალაქეს ან მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომელმაც დაამთავრა საქართველოს სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სასწავლებელი და კანონით დადგენილი წესით მიიღო სერტიფიკატი.<sup>207</sup> სერტიფიცირება კი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მინიჭების პროცესია, რომლის მიზანია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების უნარის შემოწმება.<sup>208</sup> სახელმწიფო სერტიფიკატი არის დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი სახელმწიფო მოწმობა და განსაზღვრავს საექიმო სპეციალობას.<sup>209</sup> სერტიფიკატი აუცილებელია მხოლოდ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობისათვის. სახელმწიფო სერტიფიკატის სხვა პირისათვის გადაცემა აკრძალულია და მისი გამცემი ორგანოა საბჭო. სახელმწიფო სერტიფიკატი უქმდება მისი გამცემი ორგანოს გადაწყვეტილებით.<sup>210</sup>

<sup>204</sup> მაკონტროლებელი ორგანო უფლებამოსილია გააკონტროლოს სამეწარმეო საქმიანობა (მათ შორის, შევიდეს საწარმოში, მოითხოვოს დოკუმენტები, შეაჩეროს საწარმოს საქმიანობა, დალუქოს მეწარმის კუთვნილი ქონება, დაათვალიეროს საწარმო, შეამოწმოს მეწარმის მიერ გამოშვებული ნაწარმის ხარისხი) მხოლოდ მოსამართლის ბრძანების საფუძველზე.

<sup>205</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 63<sup>1</sup>-ე მუხლი

<sup>206</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.314

<sup>207</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლი

<sup>208</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლი

<sup>209</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-19 მუხლი, მე-6 პუნქტი

<sup>210</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-19 მუხლი

სახელმწიფო სერტიფიკატი მოქმედებს განუსაზღვრელი ვადით.<sup>211</sup>

სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის დაცვა არაკომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის საქმიანობისაგან; სერტიფიკატის მინიჭებისას სახელმწიფო იძლევა გარანტიას, რომ მის მფლობელს შეუძლია აწარმოოს სამედიცინო საქმიანობა ქვეყანაში არსებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად.<sup>212</sup> სერტიფიცირება კი არის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების დონის შეფასება მედიცინის ცალკეულ სპეციალობაში, რაც ხორციელდება უნიფიცირებული სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის მეშვეობით<sup>213</sup> და არის სახელმწიფოს მიერ შემოღებული კონტროლის ერთ-ერთი მექანიზმი.

აღსანიშნავია რომ, როგორც საქართველოს მოქალაქეებს, ასევე სხვა ქვეყნის მოქალაქეებს, რომელთაც სამედიცინო განათლება ან დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლება მიიღეს საზღვარგარეთ, საქართველოში დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლება აქვთ დადგენილი წესით შესაბამისი ლიცენზიის მიღების შემთხვევაში.<sup>214</sup> უცხო ქვეყნის სპეციალისტი შეიძლება მოწვეულ იქნეს საქართველოში დროებითი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობისათვის ან ერთჯერადი სამედიცინო მომსახურებისათვის.<sup>215</sup> საქართველოს კანონმდებლობა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს მოწვევის წესს.

საქართველოს კანონმდებლობით, აღიარებულია ტერმინი „ექიმის ფუნქციის შესრულება“, რომელიც არის იმ პირის საექიმო საქმიანობა, რომელსაც არა აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება.<sup>216</sup> ექიმის ფუნქციის შესრულების უფლება აქვს უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის სტუდენტს, რეზიდენტს და საექიმო სპეციალობის მაძიებელს, უმცროს ექიმს. ამასთანავე, პირველ ორ შემთხვევაში ექიმის ფუნქცია შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ კანონით დადგენილ სამედიცინო დაწესებულებებში.

საექიმო საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის განმახორციელებელი ორგანოა სამინისტრო, რომელიც კონტროლს ახორციელებს საბჭოს მეშვეობით. ასევე, სამინისტრო უზრუნველყოფს საექიმო საქმიანობის ზედამხედველობაში პროფესიული ასოციაციების, საუნივერსიტეტო კლინიკებისა და სხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციების აქტიურ მონაწილეობას.<sup>217</sup>

საექიმო საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის სახეებია – სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების კონტროლი.<sup>218</sup>

<sup>211</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 25-ე მუხლი

<sup>212</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 23-ე მუხლი

<sup>213</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 24-ე მუხლი

<sup>214</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 29-ე მუხლი

<sup>215</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-11 მუხლი

<sup>216</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-14 მუხლი

<sup>217</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 66-ე მუხლი

<sup>218</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 67-ე მუხლი

#### 4.2.2.1 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და დოკუმენტაციის წარმოების კონტროლი

ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში. ასევე, არასამუშაო ადგილზე სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას, წერილობით ასახოს და დანიშნულებისამებრ გადასცეს ინფორმაცია გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი მტკიცდება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო მიერ.<sup>219</sup> სამინისტრო პერიოდულად, წელიწადში ერთხელ მაინც, შერჩევით აკონტროლებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მიერ წარმოებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და სამედიცინო დოკუმენტაციას, შესაბამისი დოკუმენტის შედგენა კი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მონაწილეობით უნდა მოხდეს.<sup>220</sup> დოკუმენტაციის კომისიური წესით შემოწმება არის მნიშვნელოვანი მექანიზმი ხარისხის კონტროლისა.

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის კონტროლის მექანიზმად ჩაითვლება პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების დარღვევისათვის გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა. ამ საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის, გათვალისწინებულია შემდეგი პროფესიული პასუხისმგებლობები:

- წერილობითი გაფრთხილება;
- სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების შეჩერება;
- სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება;
- ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერის შეზღუდვა;
- საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სხვა ზომები.<sup>221</sup>

პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს საბჭო და დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტს შეუძლია გადაწყვეტილება გაასაჩივროს სასამართლოში.<sup>222</sup> პროფესიულ პასუხისმგებლობებს გააჩნია კანონში გაწერილი საფუძვლები.<sup>223</sup>

გარკვეულ შემთხვევებში, შესაძლებელია განცხადების ან საჩივრის დელეგირება. თუ საბჭო მიიჩნევს, რომ პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის განცხადებაში ან საჩივარში აღძრული

<sup>219</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლი

<sup>220</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 68-ე მუხლი

<sup>221</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 74-ე მუხლი

<sup>222</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 74-ე მუხლის მე-3 და მე-4

პუნქტები

<sup>223</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 75-79 მუხლები

საკითხი არ შედის საბჭოს კომპეტენციაში და უარი განცხადების ან საჩივრის განხილვაზე არ ხელყოფს პაციენტის უფლებებს, საბჭომ განცხადება ან საჩივარი განსახილველად შეიძლება გადაუგზავნოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის დამკირავებელს ან ადგილობრივი თვითმმართველობის და მმართველობის ორგანოს.<sup>224</sup>

სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სახელმწიფო სააგენტოს მონაცემებზე დაყრდნობით, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი დადგა: მათ მიერ საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მე-5 მუხლის შესაბამისად, რომელიც ითვალისწინებს „საქართველოს მოქალაქეებს უფლება აქვთ ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით, რასაც განახორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართლის სუბიექტი, განურჩევლად საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა“; ასევე 43-ე მუხლის დარღვევის გამო: „ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია: დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში“. ასევე საქართველოს კანონის საექიმო საქმიანობის შესახებ მე-7 მუხლის მეორე პუნქტში მითითებული წესის დარღვევის გამო, რომელიც ითვალისწინებს, მხოლოდ იმ სამედიცინო დარგში საექიმო საქმიანობას, რაშიც ექიმს აქვს სახელმწიფო სერთიფიკატი. „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 39-ე მუხლი, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლი ითვალისწინებს პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდებას, სადაც მითითებულია, რომ დამოუკიდებელი საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, პაციენტს მისთვის მისაღები ფორმით მიაწოდოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია“.<sup>225</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო ხარისხისა და კონტროლის ინსპექციის 2005 წლის მონაცემების მიხედვით, უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო და ფარმაცევტული პერსონალისათვის სერთიფიკატის მიმნიჭებელი საბჭოს წინაშე დაისვა ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი 228 შემთხვევაში. მათ შორის წერილობითი გაფრთხილება მიეცა 159 ექიმს, სერთიფიკატი შეუჩერდა 18 ექიმს, ხოლო სერთიფიკატი გაუუქმდა 8 ექიმს. ასევე გამოვლინდა ადმინისტრაციული სამართალდარღვევის 164 ფაქტი; მეწარმის საქმიანობის შემოწმების შესახებ, პირველი ინსტანციის სასამართლოებს შუამდგომლობით მიმართა სამინისტრომ 158 შემთხვევაში; მოსამართლის მიერ გაცემული ბრძანების საფუძველზე ჩატარდა 153 სამედიცინო დაწესებულების შემოწმება; შემოწმებამ გამოავლინა უკანონო სამედიცინო საქმიანობის 30 შემთხვევა; უკანონო საექიმო საქმიანობის 44 ფაქტი; 35 შემთხვევაში აღიძრა

<sup>224</sup> „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 88-ე მუხლი

<sup>225</sup> იხ. სახალხო დამცველის 2006 წლის პირველი ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში, გვ. 435

#### 4.2.3 წამლის კონტროლი

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მართვის ერთ-ერთი მექანიზმი სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების მოწესრიგება, ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისათვის ხელშეწყობაა.<sup>227</sup> სამედიცინო დაწესებულების ერთ-ერთი ფუნქცია ფარმაცევტული საქმიანობაც არის.<sup>228</sup> სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებები ვალდებული არიან დაიცვან სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები, წესები და ნორმები.<sup>229</sup>

მოსახლეობის ხარისხიანი, უსაფრთხო და ეფექტიანი ფარმაცევტული პროდუქციით უზრუნველყოფა, ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოების, იმპორტის, დისტრიბუციის, რეალიზაციის მიმართ სახელმწიფო მოთხოვნებისა და მათი შესრულების კონტროლი რეგულირდება კანონმდებლობით.<sup>230</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი ხელს უწყობს სანდო ფარმაცევტულ პროდუქტზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ზრდას, რის უზრუნველსაყოფადაც ადგენს ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევის რეგულირების სამართლებრივ საფუძვლებს და ამ სფეროში ფიზიკურ და იურიდიულ პირთა უფლება-მოვალეობებს.<sup>231</sup> სახელმწიფო პოლიტიკა კი ითვალისწინებს ეფექტიანი, უსაფრთხო და ხარისხიანი ფარმაცევტული პროდუქტის არსებობას საქართველოს ბაზარზე.<sup>232</sup>

კანონმდებლობით განსაზღვრულია სამინისტროსა და სააგენტოს<sup>233</sup> ფუნქციები წამლის მიმოქცევის სფეროში.

სამინისტრო უზრუნველყოფს შესაბამისი სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებას, ფარმაცევტული პროდუქტების მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანოს მიერ მის კონტროლს დაქვემდებარებულ ბაზრებზე დაშვების ნამდვილობის ფაქტის გადამოწმების წესისა და პირობების დადგენას,

<sup>226</sup> იხ. სახალხო დამცველის 2006 წლის პირველი ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში, გვ. 434

<sup>227</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლი

<sup>228</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლის მეორე პუნქტი

<sup>229</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლი მესამე პუნქტი

<sup>230</sup> „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 64-ე მუხლი

<sup>231</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის პირველი მუხლი

<sup>232</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-2 მუხლი

<sup>233</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემაჯავლი კომპეტენტური სამსახური.

უწყებრივი რეესტრის წარმოების წესისა და ფორმატის დამტკიცებას, საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონე, ფალსიფიცირებული, წუნდებული, გაუვარგისებული, ვადაგასული ფარმაცევტული პროდუქტის ამოღების/განადგურების წესების დადგენას ან სხვა ქვეყნის ტექნიკური რეგლამენტების აღიარების უზრუნველყოფას. ამ ფუნქციითა შესასრულებლად, სამინისტრო უზრუნველყოფს შესაბამისი სამართლებრივი აქტების შემუშავებას და მისი კომპეტენციის ფარგლებში მათ გამოცემას.<sup>234</sup> სამინისტრო უზრუნველყოფს ფარმაცოლოგიური საშუალების კლინიკამდელი და კლინიკური კვლევების სტანდარტებისა და გზამკვლელების (გაიდლაინების) აღიარებას.<sup>235</sup>

სააგენტოს ფუნქციებია: ფარმაცევტული პროდუქტის საქართველოს ბაზარზე დაშვება, ფარმაცევტული პროდუქტის შერჩევითი კონტროლი, უწყებრივი რეესტრის წარმოება და მისი საჯაროობის უზრუნველყოფა, ფარმაცევტული წარმოების (გარდა ნარკოტიკული საშუალებისა), ფარმაცოლოგიური საშუალების კლინიკური კვლევის, ავტორიზებული აფთიაქის, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტის ექსპორტის ან იმპორტის ნებართვის გაცემა და სანებართვო პირობების კონტროლი, ფარმაცევტული პროდუქტის ფალსიფიკაციის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა განხორციელება, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული საჭიროებისას სარეალიზაციო ქსელიდან ფარმაცევტული პროდუქტის ამოღების/განადგურების ზედამხედველობა, ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორების რეესტრის წარმოება და მათი შერჩევითი კონტროლი, საქართველოს ბაზარზე დაშვების დამადასტურებელი დოკუმენტის გაცემა.<sup>236</sup>

ფარმაცევტული პროდუქტის უსაფრთხოების სახელმწიფო კონტროლის ამოცანაა, დაიცვას საქართველოს ბაზარი მომხმარებლისათვის საფრთხის შემცველი ფალსიფიცირებული, წუნდებული, გაუვარგისებული, ვადაგასული და საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონე ფარმაცევტული პროდუქტისაგან.<sup>237</sup>

სახელმწიფო ასევე უზრუნველყოფს ფარმაცევტული პროდუქტის საქართველოს ბაზარზე დაშვებას, ფარმაცევტული წარმოების ნებართვის გაცემას, ფარმაცოლოგიური საშუალების კლინიკური კვლევის ნებართვის გაცემას, ავტორიზებული აფთიაქის ნებართვის გაცემას, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტის ექსპორტის ან იმპორტის ნებართვის გაცემას, ფარმაცევტული პროდუქტის სერიის აღრიცხვის სისტემური კონტროლის განხორციელების შესაძლებლობის უზრუნველყოფას, ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორების აღნუსხვასა და ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორების შერჩევით კონტროლს.<sup>238</sup> ამათგან უკანასკნელის, შერჩევითი კონტროლის დროს სააგენტო უფლებამოსილია შეამოწმოს ფარმაცევტული პროდუქტის

<sup>234</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლი  
<sup>235</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლი  
<sup>236</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლი  
<sup>237</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-9 მუხლი  
<sup>238</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლი

რეალიზატორების მიერ ფარმაცევტული პროდუქტის მიკვლევადობისათვის დადგენილი წესებისა და შენახვის პირობების დაცვის მდგომარეობა. კანონმდებლობით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, სააგენტო უფლებამოსილია, შერჩევითი კონტროლის მიზნით, ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორებისაგან შეისყიდოს ფარმაცევტული პროდუქტი შემდგომი ლაბორატორიული კვლევის ჩასატარებლად.<sup>239</sup> ლაბორატორიული კონტროლის მექანიზმი გამოიყენება ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული და აღიარებითი რეჟიმებით დაშვებული ფარმაცევტული პროდუქტის ფალსიფიკაციის ან გაუვარგისების მაღალი რისკის არსებობის შემთხვევაში, რომლის კრიტერიუმებს ამტკიცებს მინისტრი. შააგენტოს, გამონაკლის შემთხვევებში, აქვს დისკრეციული უფლებამოსილება, არ გაითვალისწინოს რისკის განმსაზღვრელი ფორმალური კრიტერიუმები და გამოიყენოს ლაბორატორიული კონტროლის მექანიზმი, მაგრამ არა უმეტეს ერთი წლის განმავლობაში შემოწმების სიხშირის 10 პროცენტისა.<sup>240</sup>

საქართველოში კონტროლდება ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოება და ექვემდებარება სანებართვო რეჟიმს. არარეგისტრირებული ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოება დაშვებულია მხოლოდ მისი რეგისტრაციისათვის, კლინიკამდელი და კლინიკური კვლევებისათვის და ექსპორტისათვის. ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოების ნებართვას გასცემს სააგენტო.<sup>241</sup> უსაფრთხოების მოთხოვნებთან შეუსაბამო, უხარისხო საქონლის გამოშვებას ან გაყიდვას სახელმწიფო სისხლის სამართლის წესით დასჯად ქმედებად მიიჩნევენ.<sup>242</sup>

ასევე სანებართვო კონტროლს ექვემდებარება ავტორიზებული აფთიაქი.<sup>243</sup>

კანონის წინაშე ვალდებულებები ეკისრებათ ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორსა და სააგენტოს საფუძვლიანი ეჭვის არსებობის შემთხვევაში, თუ ფარმაცევტული პროდუქტი საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონეა, ფალსიფიცირებულია, წუნდებულია, გაუვარგისებულია ან ვადაგასულია. ასეთ შემთხვევაში რეალიზატორი ვალდებულია შეაჩეროს საეჭვო ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზაცია და აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ აცნობოს სააგენტოს; ხოლო სააგენტო ვალდებულია გადაამოწმოს რეალიზატორისაგან მიღებული ინფორმაცია; თუ ეჭვი არ დადასტურდა, ამის შესახებ გონივრულ ვადაში აცნობოს რეალიზატორს. თუ დადგინდა, რომ ფარმაცევტული პროდუქტის სერია საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონეა, ფალსიფიცირებულია, წუნდებულია, გაუვარგისებულია, ვადაგასულია, უზრუნველყოს საბითუმო და საცალო რეალიზაციის ქსელიდან

<sup>239</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-11 მუხლი  
<sup>240</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-11 მუხლი  
<sup>241</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-12 მუხლი  
<sup>242</sup> იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.317  
<sup>243</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლი



ფარმაცევტული პროდუქტის ამოღების ზედამხედველობა.<sup>244</sup> აგრეთვე, სისხლის სამართლის წესით დასჯადია უკანონო საქმიანობა ან ფარმაცევტული საქმიანობა, რამაც გამოიწვია ჯანმრთელობის დაზიანება და ადამიანის სიცოცხლის მოსპობა.<sup>245</sup>

#### 4.2.3.1 სამკურნალო საშუალებების ხარისხის უზრუნველყოფა

„წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, ფარმაცევტული პროდუქტის ხარისხსა და უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საფუძვლები შემდგენაირად ნაწილდება - ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმით საქართველოს ბაზარზე დაშვებული ფარმაცევტული პროდუქტის უსაფრთხოების, ხარისხისა და ეფექტიანობისათვის პასუხისმგებელი არიან საბაზრო ავტორიზაციის მფლობელი და სახელმწიფო, ხოლო ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი რეჟიმით საქართველოს ბაზარზე დაშვებული ფარმაცევტული პროდუქტის უსაფრთხოების, ხარისხისა და ეფექტიანობისათვის პასუხისმგებელია სახელმწიფო.

ასევე, ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმით საქართველოს ბაზარზე დაშვებული ფარმაცევტული პროდუქტის რეგისტრაციის დროს წარმოდგენილ დოკუმენტაციასთან შესაბამისობისათვის პასუხისმგებელია ფარმაცევტული პროდუქტის სერიის მწარმოებელი და თუ საქართველოს ბაზარზე დაშვებული იმპორტირებული ფარმაცევტული პროდუქტის სარეალიზაციო ქსელში გაშვების შემდგომ შეიცვალა ფარმაცევტული პროდუქტის თვისობრიობა, რის შედეგადაც ის აღარ შეესაბამება უსაფრთხოების და ხარისხის სტანდარტს, პასუხისმგებელია იმპორტიორი ან/და სარეალიზაციო ქსელის შესაბამისი რგოლის წარმომადგენელი. ფარმაცევტული პროდუქტის საბითუმო და საცალო რეალიზაციის პირობების დარღვევაზე, რომლებიც მოიცავს ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვასთან, შენახვასთან, მომარაგებასა და რეალიზაციასთან დაკავშირებულ ყველა ოპერაციას, პასუხისმგებელია ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზატორი.<sup>246</sup>

კანონმდებლობით განსაზღვრულია პასუხისმგებლობა უკანონო ფარმაცევტული საქმიანობის, ფარმაცევტული წარმოების, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტის ექსპორტის ან იმპორტის, ავტორიზებული აფთიაქის, ფარმაკოლოგიური საშუალების კლინიკური კვლევის ნებართვის გარეშე საქმიანობისა და სანებართვო პირობების დარღვევასთან და ფარმაცევტული საქმიანობის წესების დარღვევასთან დაკავშირებით. ასევე კანონმდებლობით დასჯადია ფარმაცევტული პროდუქტის საქართველოს ბაზარზე დაშვების რეჟიმების

<sup>244</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-9 პუნქტი

<sup>245</sup> საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 246-ე მუხლი

<sup>246</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 37' მუხლი

გვერდის აგლით ან/და საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონე ფარმაცევტული პროდუქტის მიმოქცევა, ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზაციის დაწყება და დასრულება სააგენტოსათვის სავალდებულო შეტყობინების გარეშე და ფარმაცევტული პროდუქტის შეფუთვა-მარკირების ცვლილება რეგისტრაციის ან სააგენტოსათვის სავალდებულო შეტყობინების გარეშე.<sup>247</sup>

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და საზოგადოებრივი წესრიგის უზრუნველყოფის სახელმწიფო პოლიტიკის შესაბამისად, ნარკოტიკული და მათი შემცველი საშუალებები, შხამები და შხამშემცველი საშუალებები, ცალკეული ფსიქოტროპული ძლიერმოქმედი ნივთიერებები სპეციალურ სახელმწიფო კონტროლს ექვემდებარება. სახელმწიფო სისხლის სამართლის წესით დასჯად ქმედებად მიიჩნევა შხამის ბრუნვის წესის დარღვევას, ანუ გასაღების მიზნით, შხამის უკანონოდ დამზადებას, წარმოებას, შექენას, შენახვას, გადაზიდვასა და გასაღებას.<sup>248</sup>

კანონმდებელმა სისხლის სამართლის კოდექსის ცალკე XXXIII თავი დაუთმო ნარკოტიკული საშუალებების, მათი ანალოგების ან პრეკურსორების და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო ბრუნვასთან დაკავშირებულ ქმედებებს და დააწესა შესაბამისი სანქციები.<sup>249</sup>

„ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 და მე-8 მუხლების შესაბამისად, ნარკოტიკული საშუალებების საქართველოში შემოტანა ხორციელდება მხოლოდ სახელმწიფოს დაკვეთით. საქართველოს წლიური მოთხოვნების გათვალისწინებით, ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების სახელმწიფო კვოტებს ყოველწლიურად განსაზღვრავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და დასამტკიცებლად წარუდგენს გაეროს ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტს.<sup>250</sup> სახელმწიფო უზრუნველყოფს ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, სამედიცინო, სამეცნიერო და საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული სხვა მიზნებისათვის, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად.<sup>251</sup>

საქართველოს ტერიტორიაზე იმ საბაჟო პუნქტების ნუსხას, საიდანაც ნებადართული იქნება სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების შემოტანა და გატანა, განსაზღვრავს საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს სპეციალური სამსახური.<sup>252</sup>

<sup>247</sup> „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 37 (2,3,4,5,6,7,8) მუხლი

<sup>248</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.317

<sup>249</sup> იხ. იქვე, გვ.317

<sup>250</sup> იხ. იქვე, გვ.317-318

<sup>251</sup> „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-8 მუხლის I' პუნქტი

<sup>252</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.318

აღნიშნულის გარდა, ყველა სახელმწიფო ორგანო, იურიდიული პირი და ინდივიდუალური მეწარმე, რომელიც საქართველოს ტერიტორიაზე ახორციელებს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვასთან დაკავშირებულ საქმიანობას, ვალდებულია თავისი საქმიანობის შესახებ ინფორმაცია წარუდგინოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილობითი ფორმით.<sup>253</sup>

ამავდროულად, უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული, სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების დასჯად ოდენობებს განსაზღვრავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან შეთანხმებით, დასამტკიცებლად წარუდგენს საქართველოს პარლამენტს.<sup>254</sup>

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ლიცენზირებას ექვემდებარება ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვასთან დაკავშირებული საქმიანობის შემდეგი სახეობები: ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების შექმნა, მომზადება, გადამუშავება, გაცემა, რეალიზაცია, შექმნა, გამოყენება, შემოტანა, გატანა, აგრეთვე ფსიქოტროპული ნივთიერებების წარმოება. ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვასთან დაკავშირებულ საქმიანობაზე ლიცენზიას გასცემს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.<sup>255</sup> სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების საქართველოში შემოტანისა და საქართველოდან გატანის წესებს ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი, საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს შესაბამის სამსახურთან შეთანხმებით.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, წამლის შემოტანა და ფარმაცევტული საქმიანობა სახელმწიფოს მხრიდან მკაცრად კონტროლირებად სფეროდ ითვლება. კონტროლის მექანიზმებს მთლიანად აღმასრულებელი ხელისუფლება კისრულობს, ცალკეული შემთხვევები კი - სისხლის სამართლის წესით დასჯადია.

#### 4.3 ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და უსაფრთხო გარემო

საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მესამე პუნქტი განამტკიცებს თითოეული ადამიანის უფლებას იცხოვროს ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოში. ამავდროულად, კანონმდებელი ყველას აკისრებს ვალდებულებას, გაუფრთხილდეს ბუნებრივ და

<sup>253</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.318

<sup>254</sup> „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-8 მუხლის მე-7 პუნქტი

<sup>255</sup> „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-14 მუხლი

კულტურულ გარემოს.<sup>256</sup>

სიტყვა „გარემო“, „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით, განიმარტება როგორც ბუნებრივი გარემოსა და ადამიანის მიერ სახეცვლილი (კულტურული) გარემოს ერთობლიობა, რომელიც მოიცავს ურთიერთდამოკიდებულებაში მყოფ ცოცხალ და არაცოცხალ, შენარჩუნებულ და ადამიანის მიერ სახეცვლილ ბუნებრივ ელემენტებს, ბუნებრივ და ანთროპოგენულ ლანდშაფტებს.<sup>257</sup>

„გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის ძირითადი მიზანია დაიცვას გარემოს დაცვის სფეროში საქართველოს კონსტიტუციით დადგენილი ადამიანის ძირითადი უფლებები - ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში და სარგებლობდეს ბუნებრივი და კულტურული გარემოთი.<sup>258</sup> უვნებელ გარემოში ცხოვრებასა და სარგებლობაზე კონტროლს სახელმწიფო ახორციელებს.<sup>259</sup>

„ბუნებრივი გარემო“ ურთიერთდამოკიდებული ბუნებრივი ელემენტებისა და მათ მიერ ჩამოყალიბებული ბუნებრივი ლანდშაფტების ერთობლიობაა.

კონსტიტუცია იცნობს ასევე „კულტურული გარემოს“ ცნებას, რომელიც ზემოთ აღნიშნული კანონით, მოიცავს ადამიანის მიერ სახეცვლილ ბუნებრივ გარემოს, სახეცვლილ და შერეული ტიპის ეკოსისტემებს, ურთიერთდამოკიდებულ სახეცვლილ ბუნებრივ ელემენტებს და მათ მიერ ჩამოყალიბებულ ანთროპოგენურ ლანდშაფტებს.<sup>260</sup>

ამავე კანონში დაცულია გარემოს დაცვის პრინციპები. მაგალითად, „რისკის შემცირების პრინციპი“, როდესაც საქმიანობის სუბიექტი, თავისი საქმიანობის დაგეგმვისა და განხორციელებისას, ვალდებულია მიიღოს სათანადო ზომები გარემოზე და ადამიანის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედების რისკის თავიდან ასაცილებლად ან შესამცირებლად; "პრიორიტეტულობის პრინციპი" - ქმედება, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს უარყოფითი ზეგავლენა გარემოზე და ადამიანის ჯანმრთელობაზე, შეიძლება შეიცვალოს სხვა, ნაკლებრისკიანი, თუნდაც უფრო ძვირადღირებული ქმედებით. პრიორიტეტი ენიჭება უკანასკნელს, თუ მისი ღირებულება არ აღემატება ნაკლებადღირებული ქმედებით მიყენებული ეკოლოგიური ზიანის შედეგად ზარალის ანაზღაურების ხარჯებს; "ფასიანი ბუნებათსარგებლობის პრინციპი" - საქმიანობის სუბიექტისათვის მიწის, წყლის, ტყის, ფლორისა და ფაუნის წიაღისა და წიაღისეულის ბუნებრივი რესურსებით სარგებლობა ფასიანია; "ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის პრინციპი" - ინფორმაცია გარემოს მდგომარეობის შესახებ ღია და ხელმისაწვდომია საზოგადოებრიობისათვის

<sup>256</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.318

<sup>257</sup> იხ. იგივე

<sup>258</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის პირველი პუნქტი

<sup>259</sup> იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციული და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის, 2004 წლის 15 იანვრის განჩინება №3გ-ად-181-კ-03

<sup>260</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.318

და სხვ.<sup>261</sup>

საქმიანობის სუბიექტში მოიაზრება ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც ეწევა სამეწარმეო, სამეურნეო ან ყველა სხვაგვარ საქმიანობას, განახორციელებს განსახლებისა და განვითარების გეგმებსა და პროექტებს, ინფრასტრუქტურულ პროექტებს, განაშენიანებისა და სექტორული განვითარების გეგმებს, საქართველოს ტერიტორიაზე არსებული წყლის, ტყის, მიწის, წიაღისა და სხვა ბუნებრივი რესურსების დაცვის, გამოყენებისა და სარგებლობის პროექტებისა და პროგრამების ჩათვლით, ასევე, იმ არსებული საწარმოების მნიშვნელოვან რეკონსტრუქციას და ტექნიკურ და ტექნოლოგიურ განახლებას, რომლებიც ახდენენ ან შეუძლიათ მოახდინონ გავლენა გარემოზე.<sup>262</sup>

#### 4.3.1 ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემო: უფლებები და მოვალეობები

მოქალაქეს უფლება აქვს ცხოვრობდეს თავისი ჯანმრთელობისათვის უვნებელ ჯანსაღ გარემოში, სარგებლობდეს ბუნებრივი გარემოთი, მიიღოს სრული, ობიექტური და დროული ინფორმაცია თავისი სამუშაო და საცხოვრებელი გარემოს მდგომარეობის შესახებ, მიიღოს გარემოსდაცვითი და ეკოლოგიური განათლება, აიმაღლოს გარემოსდაცვითი ცნობიერების დონე, გაერთიანდეს გარემოსდაცვით საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში, მონაწილეობა მიიღოს გარემოსდაცვით სფეროში მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების განხილვასა და მიღების პროცესში, მიიღოს ანაზღაურება მისთვის მიყენებული ზარალისათვის, რომელიც გამოიწვია საქართველოს გარემოს დაცვის კანონმდებლობის მოთხოვნათა შეუსრულებლობამ, სასამართლო წესით მოითხოვოს ეკოლოგიურად საშიში ობიექტების განთავსების, პროექტირების, მშენებლობის, რეკონსტრუქციისა და ექსპლუატაციის შესახებ გადაწყვეტილებათა შეცვლა.<sup>263</sup>

მოქალაქე ვალდებულია, დაიცვას საქართველოს კანონმდებლობის მოთხოვნები გარემოს დაცვის სფეროში, გაუფრთხილდეს ბუნებრივ და კულტურულ გარემოს, იზრუნოს გარემოს დაცვაზე, მოსალოდნელი ან მომხდარი ბუნებრივი და ტექნოგენური ავარიისა და სხვა ეკოლოგიური კატასტროფის შესახებ ინფორმაციის მიღებისას დროულად აცნობოს სათანადო კომპეტენტურ სახელმწიფო ორგანოებს ან განაცხადოს საჯაროდ.<sup>264</sup>

საქართველოს კონსტიტუციის შესაბამისად, მხოლოდ საქართველოს უმაღლეს სახელმწიფო ორგანოთა განსაკუთრებულ გამგებლობას მიეკუთვნება გარემოს მდგომარეობაზე დაკავების სისტემა და მიწის, წიაღისეულისა და ბუნებრივი რესურსების კანონმდებლობა.<sup>265</sup>

გარემოს დაცვის სფეროში სამინისტროს კომპეტენციას განეკუთვნება

<sup>261</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის მეორე პუნქტი

<sup>262</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.319

<sup>263</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლი

<sup>264</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლი

<sup>265</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-11 მუხლის მეორე პუნქტი

გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსებით რაციონალური, მდგრადი და კომპლექსური სარგებლობის სახელმწიფო მართვა და სახელმწიფო კონტროლი, გარემოს მონიტორინგის ორგანიზება და საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი სხვა ფუნქციები.<sup>266</sup>

სამინისტრო ასევე პასუხისმგებელია გარემოს დაბინძურების ინტეგრირებული კონტროლის სისტემის რეგულირებასა და ზედამხედველობაზე როგორც ქვეყნის, ასევე რეგიონალურ, ადგილობრივ და საქმიანობის ობიექტთა დონეებზე.<sup>267</sup>

გარემოს მდგომარეობის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი მაჩვენებლების სახელმწიფო აღრიცხვას, ანგარიშგებასა და შეფასებას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან, საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროსთან და სხვა შესაბამის უწყებებთან ერთად, თავისი კომპეტენციის ფარგლებში, ხელმძღვანელობს და კოორდინაციას უწევს სამინისტრო საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.<sup>268</sup> გარემოს მდგომარეობაზე დაკვირვების (მონიტორინგის) სისტემის საერთო კოორდინაციას ახორციელებს ასევე სამინისტრო.<sup>269</sup>

საზოგადოებისა და სახელმწიფოს ეკოლოგიური, სოციალური და ეკონომიკური ინტერესების გათვალისწინებისა და ადამიანის ჯანმრთელობის, ბუნებრივი გარემოს, ასევე კულტურულ და მატერიალურ ფასეულობათა დაცვის მიზნით, საქართველოს ტერიტორიაზე საქმიანობის განხორციელებისათვის, აუცილებელია გარემოზე ზემოქმედების ნებართვა. გარემოზე ზემოქმედების ნებართვის გაცემის წესს ადგენს საქართველოს კანონი „გარემოზე ზემოქმედების ნებართვის შესახებ“.<sup>270</sup>

საქმიანობის განხორციელების პროცესში უნდა შესრულდეს ზოგადი გარემოსდაცვითი მოთხოვნები: ეკოლოგიური უსაფრთხოებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მოთხოვნები, გათვალისწინებულ იქნეს გარემოს დაცვის, ბუნებრივი რესურსების რაციონალური გამოყენების, გარემოს აღდგენის ღონისძიებები და მათი განხორციელებისათვის საჭირო ფინანსური საშუალებები. ამიტომ საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია ჰქონდეს შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებთან შეთანხმებული ტექნოგენური ავარიისა და ბუნებრივი კატასტროფის შედეგების თავიდან აცილებისა და პროფილაქტიკის ოპერატიული და სისტემატური ღონისძიებების, ავარიისა და კატასტროფის დროს მოქმედების გეგმები, შექმნას და მზადყოფნაში ჰყავდეს ავარიის სალიკვიდაციო ტექნიკური საშუალებებით უზრუნველყოფილი სამსახური; ყოველი მოსალოდნელი და მომხდარი ტექნოგენური ავარიისა და ბუნებრივი კატასტროფის შესახებ დროულად აცნობოს შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებს და მოსახლეობას.<sup>271</sup>

<sup>266</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-13 მუხლის პირველი პუნქტი

<sup>267</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-13 მუხლის მეორე პუნქტი

<sup>268</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 26-ე მუხლი

<sup>269</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 27-ე მუხლი

<sup>270</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 35-ე მუხლი

<sup>271</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 39-ე მუხლი

ამავე კანონის მიხედვით, აღიარებულია პროდუქციის ეკოლოგიური ნორმები - ფართო მოხმარების პროდუქციის წარმოების, ტრანსპორტირებისა და შენახვის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს გარემოზე და ადამიანის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედების ზღვრულად დასაშვები ნორმები. საკვებ პროდუქტებში ქიმიურ ნივთიერებათა რაოდენობის ზღვრულად დასაშვები ნორმები დგინდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.<sup>272</sup>

უსაფრთხო გარემოს საკანონმდებლო უზრუნველყოფა „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონშიც არის ასახული. ამ კანონის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, ოჯახის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა და გადამდები და არაგადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილება.<sup>273</sup> ზოგადად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ, დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისაკენ მიმართულ ღონისძიებათა ერთობლიობაა.<sup>274</sup> მოსახლეობისა და იურიდიულ პირთა უფლება-მოვალეობები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში ამ კანონის მე-5 მუხლით არის განსაზღვრული, რომლის მიხედვით, მოსახლეობა და იურიდიული პირები ვალდებული არიან არ განახორციელონ ისეთი საქმიანობა, რომელიც ქმნის გადამდები და არაგადამდები დაავადებების გავრცელების საფრთხეს, იწვევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების წარმოქმნას; გადამდები დაავადებების აღმოცენებისა და გავრცელების საშიშროების შემთხვევაში, კომპეტენტური ორგანოების მოთხოვნით, ჩაიტარონ ყველა სამედიცინო პროცედურა, რომელიც აუცილებელია სხვა პირის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საფრთხის თავიდან ასაცილებლად, შეწყვიტონ საქმიანობა, თუ ის საფრთხეს უქმნის საზოგადოების ჯანმრთელობას, დაიცვან სანიტარიული და ეპიდემიოლოგიური ნორმები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს მიაწოდონ ინფორმაცია წარმოებასა და ტექნოლოგიურ პროცესებში სანიტარიული ნორმების დარღვევით გამოწვეული ყველა საგანგებო სიტუაციის შესახებ და სხვ. ამასთანავე საქართველოს ტერიტორიაზე მყოფი ყველა ადამიანის უფლებაა ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში. ყველა საწარმო კი ვალდებულია დაიცვას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი საქართველოს კანონმდებლობა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს მიაწოდოს ინფორმაცია წარმოებასა და ტექნოლოგიურ პროცესებში სანიტარიული ნორმების დარღვევით გამოწვეული ყველა საგანგებო სიტუაციის შესახებ.

კონსტიტუციით განმტკიცებული გარემოს დაცვის ვალდებულების დარღვევამ შეიძლება სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა გამოიწვიოს. კერძოდ, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის მეათე

<sup>272</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 33-ე მუხლი  
<sup>273</sup> „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის პირველი მუხლი  
<sup>274</sup> „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლი

კარი მთლიანად ეთმობა გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სარგებლობის წესის წინააღმდეგ მიმართულ დანაშაულს.<sup>275</sup> კოდექსის ამ ნაწილში გათვალისწინებულია სამუშაოს წარმოებისას, გარემოს დაცვის წესის დარღვევისას,<sup>276</sup> გათვალისწინებული სანქციები, აგრეთვე გარემოსათვის საშიში ნივთიერებისადმი ან ნარჩენისადმი მოპყრობის წესის დარღვევისას, რასაც შეიძლება გამოეწვიოს ან გამოიწვიოს ადამიანის ჯანმრთელობის გაუარესება ან სიცოცხლის მოსპობა, გათვალისწინებული სანქციები.<sup>277</sup> საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 292-ე მუხლის მიხედვით, დასჯადია წყლის ობიექტის დაბინძურება, დანაგვიანება და დაშრება ან მასზე ისეთი სახით ზემოქმედება, რომელმაც უარყოფითი გავლენა შეიძლება მოახდინოს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. ასევე დასჯადია ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურება ან მისი ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუარესება.<sup>278</sup> ამავე კოდექსის 297-ე მუხლის მიხედვით, მიწის გაუვარგისება, რომელიც იწვევს ადამიანის ჯანმრთელობის ან გარემოს დაზიანებას, ითვალისწინებს სანქციებს სახელმწიფოს მხრიდან.

გარემოს დაცვითი ვალდებულებები განმტკიცებულია საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსითაც. კერძოდ, კოდექსის მეშვიდე თავი ეთმობა ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევებს გარემოს დაცვის და ბუნებათსარგებლობის სფეროში. აღნიშნული თავი მოიცავს როგორც მიწათსარგებლობის წესების დარღვევის შედეგად გამოწვეულ ადმინისტრაციულ პასუხისმგებლობას,<sup>279</sup> ასევე პასუხისმგებლობას წიაღის დაცვის მოთხოვნათა დარღვევისას<sup>280</sup>, წიაღით სარგებლობის უსაფრთხოების წესების დარღვევისას, წყლის დაცვის რეჟიმის დარღვევისას,<sup>281</sup> ზღვის დაბინძურებისას,<sup>282</sup> სახელმწიფო ტყითსარგებლობის წესების დარღვევისას,<sup>283</sup> გარემოს დაცვის ნორმების დარღვევისას,<sup>284</sup> ატმოსფერულ ჰაერზე მავნე ზემოქმედების შემთხვევაში<sup>285</sup> და მრავ. სხვ.

#### 4.3.2 სახელმწიფოს როლი უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად

საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მეოთხე პუნქტი ადგენს გარემოს დაცვასა და რაციონალურ ბუნებათსარგებლობაზე სახელმწიფოს

<sup>275</sup> იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.319-320

<sup>276</sup> საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 287-ე მუხლი

<sup>277</sup> საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, 288-ე მუხლი

<sup>278</sup> იხ. იქვე, 295-ე მუხლი

<sup>279</sup> საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 51-ე და შემდგომი მუხლები

<sup>280</sup> საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 56-ე მუხლი

<sup>281</sup> საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 58-ე მუხლი

<sup>282</sup> საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 58<sup>2</sup>-ე მუხლი

<sup>283</sup> საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 63-ე მუხლი

<sup>284</sup> საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 69-ე მუხლი

<sup>285</sup> საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 77-ე მუხლი და შემდგომი



ვალდებულებებს, რომლის მიზანიცაა ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა საზოგადოების (ახლანდელი და მომავალი თაობის) ეკოლოგიური და ეკონომიკური ინტერესების გათვალისწინებით.<sup>286</sup>

საზოგადოებისთვის უსაფრთხო გარემოს საკანონდებლო უზრუნველყოფა ასახულია „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში. საზოგადოების ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის მიზნით, სამინისტრო ადგენს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ხარისხობრივ ნორმებს (ატმოსფერული ჰაერი, წყალი, ნიადაგი, ხმაური, ვიბრაცია, ელექტრომაგნიტური გამოსხივება), რომლებიც მოიცავს ზღვრულად დასაშვები კონცენტრაციებისა და მავნე ზემოქმედების ნორმებს. აკრძალულია რადიოაქტიური ნივთიერებებისა და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროების მოპოვება, მიღება, დამზადება, წარმოება, ბრუნვა, გამოყენება და სამარხის მოწყობა სპეციალური უფლებამოსილების გარეშე. ფიზიკური და იურიდიული პირები ვალდებული არიან შეაჩერონ რადიოაქტიური ნივთიერებებისა და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროების გამოყენება, თუ ირღვევა რადიაციული უსაფრთხოების ნორმები და საფრთხე ექმნება ადამიანის ჯანმრთელობას. სამინისტრო შეიმუშავებს და ამტკიცებს რადიოაქტიურ ნივთიერებებთან და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროებთან მუშაობის, მათ შორის, სამედიცინო რენტგენო-რადიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობისა და დიაგნოსტიკური პროცედურების უსაფრთხოების ნორმებს. ადამიანის საცხოვრებელ ან მუდმივად ყოფნის ადგილებში გარემოს ხარისხობრივი მდგომარეობა არ უნდა იყოს ამ ადგილებში მყოფი პირების ჯანმრთელობისათვის საზიანო და არ უნდა აღემატებოდეს სამინისტროს მიერ დადგენილ ზღვრულად დასაშვებ ნორმებს.<sup>287</sup>

ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია საზოგადოების ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო წყლის უზრუნველყოფა. სამინისტრო, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების მიხედვით, განსაზღვრავს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო წყლის ხარისხობრივ ნორმებსა და ტექნიკურ რეგლამენტებს. საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო ახორციელებს სასმელი წყლის უვნებლობის პარამეტრებისა და ხარისხის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან შესაბამისობის კონტროლს და სასმელი წყლის გარე, შერჩევით ლაბორატორიულ კონტროლს. საქართველოს გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო კი უზრუნველყოფს, წყლის რესურსების სახელმწიფო მართვის სფეროში, ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებასა და გატარებას მდგრადი განვითარებისა და წყლის რესურსების მართვის აუზური პრინციპების გამოყენებით.<sup>288</sup>

ამავე კანონით რეგულირდება პოლიტიკის დონეზე, ქიმიური, ტექნოლოგიური პროცესებისა და პროდუქციის უსაფრთხოება, ცხოვრების

<sup>286</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.320

<sup>287</sup> „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლი

<sup>288</sup> „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 23-ე მუხლი

ჯანსაღი წესის, დედათა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის პოლიტიკა, ჯანსაღი კვების პოლიტიკა, ასევე თამბაქოს მოხმარების კონტროლი და ნარკომანიის, ტოქსიკომანიისა და ალკოჰოლიზმის წინააღმდეგ ბრძოლა.<sup>289</sup>

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 90-ე მუხლის თანახმად, სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დაცვისათვის სტიქიური უბედურებისა და ტექნოგენური კატასტროფის დროს. ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური და ადგილობრივი ორგანოები, სამედიცინო დაწესებულებები და შესაბამისი პროფესიული გართიანებები მონაწილეობენ მოსალოდნელი კატასტროფების სამედიცინო უზრუნველყოფის პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში.<sup>290</sup>

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 73-ე მუხლის თანახმად, გადამდები (მათ შორის ზოონოზოოპონოზური, ზოონოზური ბუნების), ენდემური დაავადებებისა და ეპიდემიების, აგრეთვე განსაკუთრებით გავრცელებული არაგადამდები დაავადებების კონტროლი შესაბამისად სახელმწიფო ხელისუფლების ცენტრალური და ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოების პრეროგატივაა.<sup>291</sup> გადამდები დაავადებების შემთხვევაში, სახელმწიფო უზრუნველყოფს ამ დაავადებების ეპიდზედამხედველობას, პროფილაქტიკური აცრების, ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული აცრების ორგანიზებასა და ზედამხედველობას, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული აცრებისათვის საჭირო პრეპარატების მომარაგების, შენახვისა და ტრანსპორტირების ორგანიზებასა და ზედამხედველობას და ეპიდზენების შემთხვევაში, პროფილაქტიკური აცრებისა და გადამდები დაავადებების აქტიური გამოვლენის ორგანიზებას.<sup>292</sup>

„გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-9 მუხლის შესაბამისად, გარემოს დაცვითი საქმიანობა ითვალისწინებს გარემოს დაცვის საფუძვლების სწავლებას, რაც მოიცავს სკოლამდელი, დაწყებითი, საბაზო, საშუალო, პროფესიული და უმაღლესი განათლების ეტაპებს. ამავე კანონით, ზემოაღნიშნულ სასწავლებლებში, განსაზღვრულია გარემოს დაცვის მართვის, ეკოლოგიისა და გარემოს დაცვის პროფილის სხვა საგნების სპეციალური კურსის სწავლება.<sup>293</sup>

ნიშანდობლივია, რომ საქართველოს კონსტიტუციის მე-3 მუხლის შესაბამისად, მხოლოდ საქართველოს უმაღლეს სახელმწიფო ორგანოთა განსაკუთრებულ გამგებლობას მიეკუთვნება:

- ა) გარემოს მდგომარეობაზე დაკვირვების სისტემა
- ბ) მიწის, წიაღისეულისა და ბუნებრივი რესურსების

<sup>289</sup> „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის VII და VIII თავები.

<sup>290</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.320

<sup>291</sup> იხ. იგივე

<sup>292</sup> „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლი

<sup>293</sup> იხორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.320-321

კანონმდებლობა.<sup>294</sup>

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული კომპეტენციის ფარგლებში, ყველა სახელმწიფო ორგანო, ფიზიკური და იურიდიული პირები ვალდებული არიან დაიცვან ამ კანონის მოთხოვნები და თავიანთი საქმიანობით უზრუნველყონ მოსახლეობის ჯანმრთელობის უსაფრთხოება. საქართველოს ტერიტორიაზე მყოფი ყველა პირი ვალდებულია დააკმაყოფილოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი საქართველოს კანონმდებლობის მოთხოვნები და პატივი სცეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის გადაწყვეტილებებს, კანონით მინიჭებული უფლებამოსილებების განხორციელებისას. სახელმწიფო პასუხს აგებს გადამდები დაავადებებისა და ეპიდემიების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის მიხედვით მოსახლეობის აცრების მართვისა და დაფინანსებისათვის.<sup>295</sup>

#### 4.3.3 გარემოს შესახებ ინფორმაციის მიღების უფლება

„საქართველოს კონსტიტუციით განმტკიცებული ყველას უფლება – ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოში და სარგებლობდეს ბუნებრივი და კულტურული გარემოთი, ორგანულადაა დაკავშირებული ამავე მუხლის მეხუთე პუნქტთან, რომელიც ანიჭებს ადამიანს უფლებას მიიღოს სრული, ობიექტური და დროული ინფორმაცია თავისი სამუშაო და საცხოვრებელი გარემოს შესახებ.“<sup>296</sup>

ამიტომ, საზოგადოებრიობის ინფორმირების მიზნით, საქართველოს გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო, 3 წელიწადში ერთხელ, წარუდგენს საქართველოს პრეზიდენტს ეროვნულ მოხსენებას გარემოს მდგომარეობის შესახებ. სახელმწიფო ორგანოები და სახელმწიფო იურიდიული პირები ვალდებული არიან, მოთხოვნიდან არა უგვიანეს ორი თვისა, უსასყიდლოდ მიაწოდონ სამინისტროს მათ ხელთ არსებული ინფორმაცია გარემოს მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენების შესადგენად. სავალდებულოა, ეროვნული მოხსენების გამოქვეყნების გზით, მისი საზოგადოებრიობისათვის ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვა; ეროვნული მოხსენების გამოქვეყნებასა და გავრცელებასთან დაკავშირებული ხარჯები ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.<sup>297</sup>

გარემოს მდგომარეობის შესახებ მომხმარებელთა უკეთ ორიენტირების მიზნით, სახელმწიფო, საქართველოში წარმოებულ,

<sup>294</sup> იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.321

<sup>295</sup> „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლი

<sup>296</sup> იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.321

<sup>297</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-14 მუხლი

ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქციას ანიჭებს ეკომარკას.<sup>298</sup> ეკომარკა წარმოადგენს ნიშანს, რომელიც მიენიჭება საქართველოში წარმოებულ, ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქციას, მომხმარებელთა უკეთ ორიენტირებისა და აღნიშნული პროდუქციის წარმოების სტიმულირების მიზნით. ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქციას ეკომარკას ანიჭებს სამინისტროსთან არსებული ეკომარკირების საუწყებოთაშორისო კომისია, რომლის შემადგენლობაში შედიან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროსა და სხვა დაინტერესებული უწყებებისა და საზოგადოებრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლები. ეკომარკირების წესი და საუწყებოთაშორისო ეკომარკირების კომისიის შემადგენლობა განისაზღვრება დებულებით "ეკომარკირების შესახებ", რომელსაც შეიმუშავენ და ამტკიცებს სამინისტრო.<sup>299</sup>

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 95-ე მუხლის მიხედვით, დამსაქმებელი ვალდებულია მიაწოდოს მუშაკს ამომწურავი ინფორმაცია საწარმოში ან დაწესებულებაში პროფესიული დაავადების განვითარების რისკის თაობაზე, მავნე ფაქტორების არსებობისა და მათი ზეგავლენის თავიდან აცილებისათვის საჭირო ღონისძიებათა შესახებ; ხოლო საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 247-ე მუხლის მიხედვით, იმ გარემოების, ფაქტის ან მოვლენის შესახებ ინფორმაციის დამალვა ან გაყალბება, რომელიც საფრთხეს უქმნის სიცოცხლეს, ჯანმრთელობას ან გარემოს, ჩადენილი იმის მიერ, ვინც ვალდებული იყო მიეწოდებინა ეს ინფორმაცია მოსახლეობისათვის, დასჯადია სისხლის სამართლის წესით.

<sup>298</sup> იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005, გვ.321

<sup>299</sup> „გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-19 მუხლი

## V. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება საერთაშორისო კანონმდებლობის მიხედვით

### 5.1 ჯანმრთელობის დაცვის უფლება სხვადასხვა საერთაშორისო ინსტრუმენტებში

საერთაშორისო და კონსტიტუციურ მმართველობას ტრადიციულად სხვადასხვა მიზნები აქვს. „საერთაშორისო მმართველობა გეგმავს და არეგულირებს პოლიტიკურ, ეკონომიკურ და სოციალურ ურთიერთქმედებას დამოუკიდებელ და სუვერენულ ქვეყნებს შორის. კონსტიტუციური მმართველობა არეგულირებს პოლიტიკურ, ეკონომიკურ და სოციალურ საკითხებს ერთ პოლიტიკურ ერთეულში, სუვერენულ სახელმწიფოში. საერთაშორისო მმართველობა მართავს ძალაუფლებას ანარქიაში, ხოლო კონსტიტუციური მმართველობა აფუძნებს ძალაუფლებათა იერარქიას.“<sup>300</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვაზე სხვადასხვაგვარად არის კოდირებული საერთაშორისო კანონმდებლობაში. არაერთგვაროვანია უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე საერთაშორისო აქტების უმეტეს ნაწილში. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება შეიძლება სხვა უფლებათა შემადგენლობაში შედიოდეს და პირდაპირ თუ არაპირდაპირ გულისხმობდეს მას. „ზოგჯერ უფლებები ინფორმაციის მიღებისა, განათლებისა, უსაფრთხო საცხოვრებელი და სამუშაო გარემოსა და სოციალური უსაფრთხოების შესახებ არის პირდაპირ რელევანტური ჯანმრთელობის და ადამიანის უფლებების ურთიერთობაში, მაგრამ სპეციფიკური მითითება უნდა გაკეთდეს სამ უფლებაზე: დისკრიმინაციის აკრძალვის უფლება, უფლება სამეცნიერო პროგრესით სარგებლობაზე და ჯანმრთელობის უფლება.“<sup>301</sup>

ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის უფლება მრავალ საერთაშორისო ხელშეკრულებაშია აღიარებული. 1966 წელს, ორი საერთაშორისო პაქტის მიღების შემდეგ, მსოფლიოში სოციალური და ეკონომიკური უფლებების მდგომარეობა რადიკალურად შეიცვალა, ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის უფლებამ არსებითად სხვა დატვირთვა მიიღო და საკმაოდ გაფართოვდა. შემუშავდა უფლების რეალიზაციის გზები და სახელმწიფოებს დაეკისრათ გარკვეული ვალდებულებები ამ მიმართულებით. მხედველობაში იქნა მიღებული მრავალი ფაქტორი, რომლებიც ჯანმრთელობის დონეს განაპირობებს, მაგალითად რესურსების განაწილება და გენდერული განსხვავებები. ჯანმრთელობის უფრო ფართო განმარტებაში

<sup>300</sup> Fidler D.P., Symposium: Sars, Public Health, and Global Governance: Article: Constitutional Outlines of Public Healths “New World Order”, Temple Law Review, 2004, გვ. 390

<sup>301</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S., Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.11

გათვალისწინებულია ისეთი სოციალური ფაქტორებიც, როგორცაა ძალადობა და შეიარაღებული კონფლიქტები.<sup>302</sup> „ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ინსტრუმენტებში ჯანმრთელობის უფლების სამი ძირითადი ასპექტია დაცული. მათ შორის უპირველესია ჯანმრთელობის უფლების გაცხადება, როგორც ადამიანის ფუნდამენტური უფლებისა.“<sup>303</sup> საერთაშორისო სამართლის ძირითადი დოკუმენტები, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის უფლება დეკლარირებულია - არის „ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია“ და „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტი, თუმცა მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ისიც, რომ „სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის ზოგიერთი დებულება გარკვეულწილად კავშირშია ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან, უფლებათა განუყოფლობისა და ერთიანობის ჭრილში. ამასთან დაკავშირებით, გარდა ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე და საერთაშორისო პაქტის „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ მე-12 მუხლისა, საინტერესოა სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის მე-6 და მე-7 მუხლები.<sup>304</sup> ეს მუხლები უშუალოდ კავშირშია ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან.<sup>305</sup>

„სხვა ინსტრუმენტებმა, როგორცაა „დეკლარაცია ბავშვის უფლებების შესახებ“, დეკლარაცია „მენტალურად ჩამორჩენილი პირების უფლებების შესახებ“ და დეკლარაცია „შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა უფლებების შესახებ“ - საფუძველი დაუდეს ამ ჯგუფების ჯანმრთელობის უფლების დაცვას.“<sup>306</sup> პრინციპები, რომლებიც ამ დოკუმენტებშია დაცული, შემდგომ აისახა შესაბამის კონვენციებში.

კონკრეტულად, ჯანმრთელობის უფლება დაცულია ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის (1948 წელი) 25-ე მუხლით, ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა საერთაშორისო პაქტის (1966 წელი) მე-12 მუხლით, ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კონვენციის (1979 წელი) მე-12 მუხლით, ბავშვის უფლებათა დაცვის კონვენციის (1988 წელი) 24-ე მუხლით, ევროპის

<sup>302</sup> ქენევის კონვენციების მე-3 საერთო მუხლი ომის მსხვერპლთა დაცვის შესახებ (1949); პირველი დამატებითი ოქმი (1977) საერთაშორისო ხასიათის შეიარაღებული კონფლიქტების მსხვერპლთა დაცვის შესახებ, მუხლი 75(2); მეორე დამატებითი ოქმი (1977) არასაერთაშორისო ხასიათის შეიარაღებული კონფლიქტების მსხვერპლთა დაცვის შესახებ, მუხლი 4(ა). In: გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია, 2000)

<sup>303</sup> Dupue Rene-Jean, The right to health as a human right, Sijtoff & Noordhoff, 1979, გვ.54

<sup>304</sup> მე-6 მუხლი. 1. სიცოცხლის უფლება თოთოეული ადამიანის განუყოფელი უფლებაა. ამ უფლებას იცავს კანონი. არავის არ შეიძლება თვითნებურად წაართვან სიცოცხლე. მე-7 მუხლი. არავინ არ უნდა განიცდიდეს წამებას ან სასტიკ, არაადამიანურ ან მისი ღირსების დამამცირებელ მოპყრობასა თუ სასჯელს, კერძოდ, არც ერთ პირზე, თუ არ იქნა მისი თავისუფალი თანხმობა, არ შეიძლება სამედიცინო ან სამეცნიერო ცდების ჩატარება.

<sup>305</sup> იხ. ქვევით, გვ. 119-124

<sup>306</sup> Dupue Rene-Jean, The right to health as a human right, Sijtoff & Noordhoff, 1979, გვ.56

სოციალური ქარტიის (1961 წელი) მე-11 მუხლით და ადამიანის უფლებათა ამერიკული კონვენციის ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების სფეროში დამატებითი ოქმის მე-10 მუხლით (სან სალვადორის ოქმი, 1988 წელი). „ამ აქტებში დაცული დებულებები მიუთითებენ არა მარტო ჯანდაცვაზე, არამედ ჯანმრთელობის ისეთ წინაპირობებზე, როგორცაა უსაფრთხო წყალი, სათანადო კვება და გარემოს დაცვით განპირობებული ჯანმრთელობა.“<sup>307</sup> ჯანმრთელობის უფლების ყველაზე მნიშვნელოვან აღიარებას შეიცავს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლი<sup>308</sup>. „მუხლი ეხება არამარტო უფლებას ზოგადად, არამედ ნაბიჯებსაც, რომლებიც უნდა გადაიდგას ამ უფლების განხორციელებისათვის.“<sup>309</sup> აგრეთვე, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მრავალ ხელშეკრულებაში აისახა.

ორი სხვა, შედარებით ახალი, კონვენცია შეიცავს არა მხოლოდ გამოხატულ აღიარებას ჯანმრთელობის უფლებისა, არამედ უფრო დეტალურ აღწერას ამ უფლების განხორციელებისა. „ბავშვის უფლებების შესახებ“ კონვენციის 24-ე მუხლის<sup>310</sup> მიხედვით მონაწილე სახელმწიფოები

<sup>307</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 206

<sup>308</sup> 1.წინამდებარე პაქტის მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ თითოეული ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტებზე.  
2.ზომები, რომლებიც წინამდებარე პაქტის მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ამ უფლების სრული რეალიზაციისათვის, უნდა შეიცავდეს შემდეგ ღონისძიებებს, რომლებიც აუცილებელია:

a) მკვდრად შობადობის და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებისა და ბავშვის ჯანსაღი განვითარების უზრუნველსაყოფად;

b) გარემოს ჰიგიენისა და მრეწველობაში შრომის ჰიგიენის ყველა ასპექტის გასაუმჯობესებლად;

c) ეპიდემიური, ენდემური, პროფესიული და სხვა დაავადებების თავიდან ასაცილებლად, სამკურნალოდ და შესამოწმებლად;

d) ისეთი პირობების შესაქმნელად, რომლებიც ავადმყოფობის შემთხვევაში ყველასათვის უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებასა და მოვლას.

<sup>309</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 488

<sup>310</sup> 1. მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ ბავშვის უფლებას ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველაზე სრულყოფილი მომსახურებით და ავადმყოფობათა მკურნალობისა და ჯანმრთელობის აღდგენის საშუალებებით. მონაწილე სახელმწიფოები ესწრაფვიან უზრუნველყონ, რომ არც ერთ ბავშვს არ შეეღასოს უფლება, ხელი მიუწვდებოდეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ამგვარ მომსახურებაზე.

2. მონაწილე სახელმწიფოები ცდილობენ სრულად განახორციელონ ეს უფლება და, კერძოდ, მიმართავენ საჭირო ღონისძიებებს, რათა:

ა) შეამცირონ ახალშობილთა სიკვდილიანობისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის დონეები;

ბ) ყველა ბავშვი უზრუნველყონ საჭირო სამედიცინო დახმარებით და ჯანმრთელობის დაცვით, ამასთან უპირველესი ყურადღება დაუთმონ პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარების განვითარებას;

გ) ებრძოდნ დაავადებებსა და საკვების ნაკლებობას, მათ შორის პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარების ფარგლებში, სხვა საშუალებებთან ერთად იმ გზით, რომ გამოიყენონ ადვილად ხელმისაწვდომი ტექნოლოგიები და უზრუნველყონ საკმარისი

„აღიარებენ ბავშვის უფლებას ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველაზე სრულფასოვანი მომსახურებით...“ და მასში მოცემულია ზომები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს. მათ შორის ახალშობილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება, სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა პირველად ჯანდაცვაზე ყურადღების გამახვილებით, ბრძოლა დაავადებებისა და საკვების ნაკლებობის წინააღმდეგ, დედებისათვის სათანადო დახმარების გაწევა მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდგომ პერიოდებში, ინფორმირება ბავშვთა ჯანმრთელობის, კვების და ძუძუთი კვების უპირატესობის შესახებ, პროფილაქტიკური სამედიცინო დახმარების განვითარება და ტრადიციული პრაქტიკის აღმოფხვრა, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე.

„კონვენცია ბავშვის უფლებების“ შესახებ საყოველთაოდ ცნობილია, „როგორც ყველაზე სრულყოფილი დოკუმენტი და დებულება „ჯანმრთელობის უფლებაზე“, უკეთესია სხვა საერთაშორისო პაქტებთან შედარებით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მუშაობა კი გამოიხატება პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებაში, პრევენციაში და ინფორმაციის მიწოდებაში ძუძუთი კვებასთან დაკავშირებით.“<sup>311</sup>

1988 წელს, მიღებულ იქნა დამატებითი ოქმი ადამიანის უფლებათა ამერიკის კონვენციისა ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების სფეროში (სან სალვადორის პროტოკოლი). ის პირდაპირ მიუთითებს, რომ „ყველას აქვს ჯანმრთელობის უფლება და ეს უნდა იქნეს გაგებელი, როგორც ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის ქონა.“ პროტოკოლი ითვალისწინებს, რომ „მონაწილე სახელმწიფოები თანხმდებიან აღიარონ ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოებრივი სიკეთე და მიიღონ ზომები პირველად ჯანდაცვასთან და ჯანდაცვის განათლებასთან დაკავშირებით და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია და არ

- 
- ყუათიანი სურსათითა და სასმელი წყლით, გარემოს დაბინძურების საფრთხისა და რისკის გათვალისწინებით;
  - დღეღებს სათანადო მომსახურება გაუწიონ ჯანმრთელობის დასაცავად მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში;
  - ე) უზრუნველყონ, რომ საზოგადოების ყველა ფენა, კერძოდ, მშობლები და ბავშვები სათანადოდ იყვნენ ინფორმირებულნი ბავშვთა ჯანმრთელობისა და კვების, ძუძუთი კვების უპირატესობის, ბავშვის საცხოვრებელ გარემოში ჰიგიენის, სანიტარიის და უბედური შემთხვევების თავიდან აცილების შესახებ, აგრეთვე, რომ მათთვის ხელმისაწვდომი იყოს განათლება და დახმარება ეწეოდეთ ასეთი ცოდნის გამოყენებაში.
  - ვ) განავითარონ საგანმანათლებლო მუშაობა და მომსახურება პროფილაქტიკური სამედიცინო დახმარების და ოჯახის სიდიდის დაგეგმვის სფეროში.
  - 3. მონაწილე სახელმწიფოები ყველა ეფექტიან და საჭირო ზომას მიმართავენ, რათა აღმოფხვრან ტრადიციული პრაქტიკა, რომელიც უარყოფითად მოქმედებს ბავშვების ჯანმრთელობაზე.
  - 4. მონაწილე სახელმწიფოები ვალდებულია კისრულობენ, ხელი შეუწყონ საერთაშორისო თანამშრომლობას და განავითარონ იგი, რათა თანდათან მიაღწიონ ამ მუხლით აღიარებული უფლების სრულად განხორციელებას. ამასთან დაკავშირებით განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს განვითარებადი ქვეყნების მოთხოვნილებებს.

<sup>311</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 489



არის გამოსატული სხვა დოკუმენტებში - „ჯანდაცვის საჭიროებების დაკმაყოფილება მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის და მათიც, რომელთაც სიღარიბე აქცევთ განსაკუთრებით დაუცველად.“<sup>312</sup>

აგრეთვე სხვა საერთაშორისო დოკუმენტები, როგორცაა „რასობრივი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის ლიკვიდაციის შესახებ“ საერთაშორისო კონვენცია და „ევროპის სოციალური ქარტია“ შეიცავენ დებულებებს ჯანმრთელობის უფლების შესახებ.

უმეტესობა საერთაშორისო კონვენციებისა ითვალისწინებს ანგარიშვალდებულების პროცესს, მაგრამ ეს მექანიზმი კონვენციებისათვის - „ბავშვის უფლებების შესახებ“ და „რასობრივი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ ჯერ არ ამოქმედებულა; ხოლო „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის სარეპორტო სისტემა ფუნქციონირებს და „ავალდებულებს მონაწილე სახელმწიფოებს წარადგინონ ინფორმაცია გაიდლაინების მიხედვით. სახელმწიფომ უნდა წარადგინოს ინფორმაცია ჯანდაცვის სტატისტიკის, ბავშვთა სიკვდილიანობის, სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ზომების შესახებ, რომლებსაც იღებენ მოწყვლადი ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. გაიდლაინი მოითხოვს ინფორმაციას ქვეყნების ჯანდაცვის ბიუჯეტისა და პოლიტიკის შესახებ. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ჯანდაცვის ინდიკატორები გამოიყენება ანგარიშვალდებულების პროცესში.“<sup>313</sup>

5.1.1	საერთაშორისო იმპლემენტაციის კანონმდებლობაში	სამართლებრივი მდგომარეობა	აქტების ეროვნულ
-------	---	---------------------------	-----------------

1991 წლის 9 აპრილის, საქართველოს სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის აღდგენის აქტის მიხედვით, საერთაშორისო სამართლის პრიმატი საქართველოს რესპუბლიკის კანონების მიმართ და მისი ნორმების პირდაპირი მოქმედება საქართველოს ტერიტორიაზე გამოცხადდა საქართველოს რესპუბლიკის ერთ-ერთ ძირითად პრინციპად. საქართველო შეუერთდა მრავალ ხელშეკრულებას ადამიანის უფლებათა სფეროში, მათ შორის თითქმის ყველა ზემოთაღნიშნულ კონვენციას და დეკლარაციას. შესაბამისად, საქართველომ იკისრა ვალდებულება - ეროვნული სამართალი საერთაშორისო სამართლის ნორმებთან შესაბამისობაში მოეყვანა.

„საქართველოს დამოკიდებულება საერთაშორისო სამართლისა და შიდასახელმწიფოებრივი სამართლის თანაფარდობისადმი მკაფიოდ გამოსატულია ფორმულაში – საქართველოს რესპუბლიკა აღიარებს

<sup>312</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 489

<sup>313</sup> იხ. იქვე, გვ. 490

საერთაშორისო სამართლის პრიმატს საქართველოს კანონების მიმართ.<sup>314</sup> საქართველოს კონსტიტუციის მეორე თავში წარმოდგენილია უფლებები და თავისუფლებები, რომლებიც კონვენციებსა თუ დეკლარაციებში არის დაცული, თუმცა მათ შორის არსებობს განსხვავებანი. კონსტიტუციის მე-7 მუხლის მიხედვით, „სახელმწიფო ცნობს და იცავს ადამიანის საყოველთაოდ აღიარებულ უფლებებსა და თავისუფლებებს, როგორც წარუვალ და უზენაეს ადამიანურ ღირებულებებს. ხელისუფლების განხორციელებისას ხალხი და სახელმწიფო შეზღუდული არიან ამ უფლებებითა და თავისუფლებებით, როგორც უშუალო მოქმედი სამართლით.“ ამავდროულად, კონსტიტუციის 39-ე მუხლის შინაარსიდან გამომდინარე, „საქართველოს კონსტიტუცია არ უარყოფს ადამიანისა და მოქალაქის სხვა საყოველთაოდ აღიარებულ უფლებებს, თავისუფლებებსა და გარანტიებს, რომლებიც აქ არ არის მოხსენიებული, მაგრამ თავისთავად გამომდინარეობს კონსტიტუციის პრინციპებიდან.“

აღნიშნული, ძირითადად, „ვრცელდება საყოველთაოდ აღიარებულ საერთაშორისო-სამართლებრივ ჩვეულებით ნორმებზე (პრინციპებზე). რაც შეეხება საერთაშორისო ხელშეკრულებებს, ისინი ვერ თავსდებათ აღნიშნულ ფორმულაში და მათი მოქმედება ქვეყნების ტერიტორიაზე გამორიცხულია სათანადო სპეციალური აქტის გარეშე.“<sup>315</sup> შესაბამისად, საერთაშორისო სამართლებრივი აქტები ძალაში შედის საქართველოს, როგორც ტერიტორიული სუვერენის, შიდასამართლებრივი აქტის გამოცემით, მაგალითად, პარლამენტის დადგენილებით. საილუსტრაციოდ, ადამიანის უფლებათა საყოველთაოდ დეკლარაცია ძალაში შევიდა 1991 წლის 15 სექტემბრის საქართველოს უზენაესი საბჭოს დადგენილებით, ხოლო ეკონომიკური, კულტურული და სოციალური უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი ძალაშია 1994 წლის 3 აგვისტოდან. რაც შეეხება ევროპის სოციალურ ქარტიას, მისი იმპლემენტაციის პროცესი საქართველოს პარლამენტის 2005 წლის პირველი ივლისის №1876 დადგენილებით დაიწყო, თუმცა საქართველო სავალდებულოდ მხოლოდ გარკვეულ მუხლებს აღიარებს.

იმპლემენტაციის პროცესის სრულად წარმოსადგენად სასურველია გაანალიზდეს, თუ რამდენად აისახა იმპლემენტირებული საერთაშორისო აქტები ეროვნულ კანონმდებლობაში, რადგან „პრაქტიკაში საერთაშორისო-სამართლებრივი ნორმები ძალზე იშვიათად გამოიყენება ეროვნული სასამართლოების მიერ, მათი ზოგადი ხასიათის გამო. ხოლო მაშინ, როდესაც ეს ნორმები, ამა თუ იმ სახით, ეროვნული სამართლის ნორმებშია ასახული, სასამართლოები ბედავენ მათ გამოქვეყნებას.“<sup>316</sup> თუ გავითვალისწინებთ, რომ ჯანდაცვის კანონმდებლობა ძირითადი საერთაშორისო კონვენციების რატიფიცირების შემდგომ არის მიღებული, ივარაუდება, რომ მათში გატარებული ძირითადი პრინციპები შეესაბამება

<sup>314</sup> ალექსიძე ლ., თანამედროვე საერთაშორისო სამართალი, საგამომცემლო სახლი „ინოვაცია“, 2010, გვ. 29

<sup>315</sup> იხ. იგივე, გვ. 28

<sup>316</sup> იხ. იგივე, გვ. 28-29

საერთაშორისო აქტებში დაცულ უფლებებს. საილუსტრაციოდ, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი შეიცავს დეკლარაციულ დებულებებს სამედიცინო დახმარების მოსახლეობისათვის საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობის შესახებ, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის, პაციენტის ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარების, პატიმრობის ან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ პაციენტთა დისკრიმინაციის აკრძალვის შესახებ. მეორე თავი სრულად ეთმობა ადამიანის/მოქალაქის უფლებებს.

საერთაშორისო აქტების, მათ შორის ეკონომიკური, კულტურული და სოციალური უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის ნორმატიული შინაარსის<sup>317</sup> უშუალო გავლენად შეიძლება ჩაითვალოს სხვადასხვა სპეციალური კანონების არსებობა ეროვნულ კანონმდებლობაში. მაგალითად, საქართველოს კანონები „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ და „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ არეგულირებს აღნიშნული დაავადებებით დაავადებული მარგინალური/მოწყვლადი ჯგუფების უფლებრივ მდგომარეობას. თუმცა, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში არ არის სათანადოდ დაცული ამ პირთა უფლებები, მიუხედავად იმისა, რომ მათი უფლებების დარღვევის რისკი მეტია.

5.2 ხელისუფლების ვალდებულებები ჯანდაცვაში ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლის მიხედვით, სასამართლო წესით დაცვა

„ქვეყნები აღიარებენ, რომ არიან საერთაშორისო საზოგადოების ნაწილი. შესაბამისად, ეროვნული კანონმდებლები არ მოქმედებენ ავტონომიურად, მთავრობები ხელს აწერენ საერთაშორისო შეთანხმებებს, ხდებიან საერთაშორისო ინსტიტუტების წევრები და აღიარებენ საერთაშორისო დეკლარაციებს, რომლებიც მოიცავენ გარკვეულ ვალდებულებებს.“<sup>318</sup> საერთაშორისო-სამართლებრივი აქტების შინაარსიდან გამომდინარე, ყოველი სახელმწიფო ვალდებულია, არსებული რესურსის ფარგლებში, მოსახლეობის სოციალური უფლებების დასაცავად მიმართავდეს მაქსიმალურ ძალისხმევას, რათა ამ უფლებების დაცვის, სულ მცირე, მინიმალურად აუცილებელი დონე მაინც უზრუნველყოს.<sup>319</sup> როგორც „ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მეორე მუხლის შინაარსიდან გამომდინარეობს – ამ

<sup>317</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000), UN doc. E/C. 12/2000/4

<sup>318</sup> Pinet G., The WHO European Program of Health Legislation and the Health for All Policy, American Journal of Law and Medicine, 1986, გვ. 245

<sup>319</sup> იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს, 2002 წლის 18 აპრილის გადაწყვეტილება №1/1/126,129,158

პაქტის მონაწილე თითოეული სახელმწიფო ვალდებულია ადამიანთა სოციალური უფლებების დასაცავად „არსებული რესურსების მაქსიმალურ ფარგლებში მიიღოს ზომები.“<sup>320</sup> აღნიშნული მუხლი შეიცავს სხვადასხვა მნიშვნელოვან ელემენტს იმისათვის, რომ სრულად განიმარტოს პაქტით გათვალისწინებული ვალდებულებები. ის აფუძნებს პროგრესული რეალიზაციის პრინციპს, ასევე მიუთითებს საერთაშორისო დახმარების და კოოპერაციის აუცილებლობაზე და უფლებათა პროპაგანდაზე, თუმცა აღიარებს სახელმწიფოთა ეკონომიკურ განსხვავებებს და ამასთან დაკავშირებულ შეზღუდვებს.

სახელმწიფო ვალდებულებები ეგრეთწოდებული სამმხრივი ტიპოლოგიით განისაზღვრება. ეს არის „პატივისცემის“, „დაცვის“ და „შესრულების“ ვალდებულება თითოეული უფლების მიმართ. მისი ძირითადი დათქმის მიხედვით, ადამიანის ყველა უფლება გულისხმობს პატივისცემის, დაცვის და შესრულების სახელმწიფო ვალდებულებებს.<sup>321</sup> „მაშინ, როდესაც პატივისცემის ვალდებულება არსებითად ნეგატიური ვალდებულებაა და ქმედებას არ მოითხოვს, დაცვისა და შესრულების მოვალეობა პოზიტიური ვალდებულებებია და მიმართულია ადამიანის დასაცავად მესამე პირის ცალკეული ქმედებებისაგან, ან გარკვეული მომსახურების უზრუნველყოფის ან ხელშეწყობისაკენ. ამგვარი დაყოფა ნათელყოფს უფლების ნორმატიულ შინაარსს.“<sup>322</sup>

ტიპოლოგიის გამოყენება შესაძლებელია ჯანმრთელობის უფლების შესრულების გასასაზღვრად, და მასზე დაყრდნობით, უფლება შეიცავს არა მარტო პოზიტიურ ვალდებულებებს, რომელიც გულისხმობს ჯანდაცვასთან დაკავშირებული მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასა და ხელშეწყობას, არამედ ისეთ ვალდებულებებსაც, რომელიც გულისხმობს ადამიანის ჯანმრთელობის პატივისცემასა და დაცვას. „ეს არის სოციალური უფლებების გარკვეული კავშირი სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებებთან, რადგან მხოლოდ ამ უკანასკნელთ არ ახასიათებთ „ნეგატიური“ ან „თავისუფლების“ განზომილება. მაგალითად, სახელმწიფო ვალდებულია ზიანი არ მიაყენოს ადამიანის ჯანმრთელობას ჯანმრთელობის უფლების საფუძველზე.“<sup>323</sup>

მთავრობები პასუხიმგებელი არიან არა მარტო არ შელახონ ადამიანის უფლებები, არამედ პირობების შექმნის უზრუნველყოფაზეც, რომ ადამიანებმა რაც შეიძლება სრულად განახორციელონ თავიანთი უფლებები. ეს გაგებულია როგორც ვალდებულება უფლების პატივისცემისა, დაცვისა და შესრულების შესახებ, და მთავრობები არიან სამართლებრივად

<sup>320</sup> იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს, 2002 წლის 15 ოქტომბრის გადაწყვეტილება №1/2/174,199

<sup>321</sup> ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის მიერ მიღებულ №12 ზოგადი კომენტარის მე-15 პუნქტში, შესრულების ვალდებულება დაყოფილია „დახმარების“ და „უზრუნველყოფის“ ვალდებულებებად.

<sup>322</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 213

<sup>323</sup> იხ. იქვე, გვ. 214

პასუხისმგებელი აღასრულონ ვალდებულებათა მთელი სპექტრი ყველა უფლებისათვის.<sup>324</sup>

მეტი სიცხადისათვის, საჭიროა ჩამოყალიბდეს რას მოიაზრებს პატივისცემის, დაცვისა და შესრულების ვალდებულებები:

1. უფლების პატივისცემა ნიშნავს, რომ სახელმწიფომ არ უნდა შელახოს უფლება. „სახელმწიფო ლახავს ჯანმრთელობის უფლებას მაშინ, როდესაც ის უშუალოდ პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე მოსახლეობისათვის, მაგ. როგორცაა პატიმრები და სამხედრო მოსამსახურეები, და თვითნებურად თავს იკავებს მიწოდებაზე.“<sup>325</sup> პატივისცემის ვალდებულება მოიცავს ყველა ღონისძიებას, რომელიც ხელს უწყობს ქვეყნის იურისდიქციის ქვეშ მყოფი ყოველი მოქალაქის მიერ უფლების გამოყენებას. „პატივისცემის ვალდებულება არის უფასო, რადგან ის აკისრებს სახელმწიფოს თავი შეიკავოს რაიმე ქმედების განხორციელებისაგან.“<sup>326</sup>
2. უფლების დაცვა ნიშნავს, რომ „სახელმწიფომ უნდა თავიდან აიცილოს უფლების დარღვევა არასახელმწიფო ორგანოების (კერძო სექტორი) მხრიდან და შეთავაზოს მოსახლეობას ერთგვარი აღდგენა უფლების შელახვისას.“<sup>327</sup> უფლების დაცვისას, სახელმწიფო ხდება ერთგვარად პროცესის მონაწილე და ეს ნიშნავს, რომ „სახელმწიფო უნდა იყოს პასუხისმგებელი გახადოს არასამართლებრივი, ადამიანებისათვის უარის თქმა სამედიცინო დაზღვევაზე და მომსახურებაზე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. ასევე უნდა იყოს პასუხისმგებელი უზრუნველყოს უფლების აღდგენის დაცული ქსელი და რაიმე სისტემა, რომლის შესახებაც ადამიანებმა უნდა იცოდნენ და შეძლონ მიმართვა უფლების დარღვევის შემთხვევაში.“<sup>328</sup> ეს ვალდებულება მოითხოვს სახელმწიფოსაგან არ მისცეს უფლების დარღვევის საშუალება მესამე პირებს. ამისათვის სახელმწიფომ უნდა შექმნას შესაბამისი საკანონმდებლო და სამართლებრივი ბაზა. ამ

<sup>324</sup> Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights, 1997. In: Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.13-14

<sup>325</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.14

<sup>326</sup> Fung M., The Right a Healthy Environment: Core Obligations Under Under The International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights, Williamette Journal of International Law & Dispute Resolution, 2006, გვ. 41

<sup>327</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.14

<sup>328</sup> იხ. იგივე

ყველაფრისათვის საჭიროა როგორც ფინანსური, ასევე ადამიანური რესურსი. შესაბამისად, დაცვის ვალდებულება არ არის უფასო.<sup>329</sup>

3. უფლების შესრულება შეიძლება დაიყოს ხელშეწყობის, მიწოდების და პროპაგანდის ვალდებულებებად. ამ დროს „სახელმწიფომ უნდა მიიღოს შესაბამისი სამართლებრივი, ადმინისტრაციული, საბიუჯეტო და სასამართლო ზომები უფლების შესასრულებად, რომელიც მოიცავს უფლების პროპაგანდასაც. სახელმწიფო არღვევს ჯანმრთელობის უფლებას, თუ არ გამოყოფს სათანადო რესურსს დამატებითი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საჭიროებების უზრუნველსაყოფად მთელი მოსახლეობისათვის.“<sup>330</sup> შესრულების ვალდებულება არის პოზიტიური და შესაბამისად არ არის უფასო. არსებობს მოსაზრება, რომ ეს ვალდებულება არ უნდა შედიოდეს სახელმწიფოსადმი დაკისრებულ ძირითად ვალდებულებებში; „რადგან ძირითადი ვალდებულებები სახელმწიფოებს ეკისრებათ რატიფიკაციისთანავე, ეს ტვირთი არ უნდა იყოს მძიმე.“<sup>331</sup>

კრავენის მიხედვით, პატივსცემის ვალდებულება არის:

- ვალდებულება, პატივი სცეს ჯანდაცვის არსებულ მომსახურებაზე თანაბარ ხელმისაწვდომობას და არ დააბრკოლოს ცელკეულ პირთა ან ჯგუფების ხელმისაწვდომობა არსებულ მომსახურებაზე;
- ვალდებულება, თავი შეიკავოს ისეთი ქმედებებისაგან, რომლებიც ზიანს მიაყენებენ ადამიანთა ჯანმრთელობას, მაგალითად ისეთი საქმიანობისაგან, რომელიც იწვევს გარემოს დაბინძურებას.

„ეკონომიკური და სოციალური უფლებების მიღწევას მოსდევს სახელმწიფოს ინტერვენცია, რომ არცერთი ქმედება არ ზღუდავდეს ინდივიდის თავისუფლებას და ღირსებას. როდესაც სახელმწიფოს მოეთხოვება პოზიტივიზმი უფლების რეალიზაციისათვის, მან ეს უნდა გააკეთოს ინდივიდის მოქმედების თავისუფლების დაცვით.“<sup>332</sup>

დაცვის ვალდებულება კი არის:

<sup>329</sup> Fung M., The Right a Healthy Environment: Core Obligations Under Under The International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights, *Williamette Journal of International Law & Dispute Resolution*, 2006,

გვ. 41

<sup>330</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, *Perspectives on Health and Human Rights*, Routledge, 2005,

გვ.14

<sup>331</sup> Fung M., The Right a Healthy Environment: Core Obligations Under Under The International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights, *Williamette Journal of International Law & Dispute Resolution*, 2006,

გვ. 41

<sup>332</sup> Craven C.R. Matthew, *The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, A perspective on its Development*, Clarendon press, Oxford, 1998, გვ. 111

- საკანონმდებლო და სხვა ღონისძიებების გატარების ვალდებულება, რათა უზრუნველყოს ადამიანთა (თანაბარი) ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის მომსახურებაზე, თუ ის მესამე მხარის მიერ არის შემოთავაზებული;
- საკანონმდებლო და სხვა ღონისძიებების გატარების ვალდებულება, რათა დაიცვას ადამიანები მესამე მხარის მიერ ადამიანთა ჯანმრთელობის ხელყოფისაგან. დაცვის ვალდებულება აღიარებულია თავად კონვენციაში სიტყვით „ყველას“ და ეს მიუთითებს, რომ კანონით დაცულია ყველას სოციალური უფლება და არა ის, ვინც დასაქმებულია, მაგალითად, მხოლოდ საჯარო სექტორში.<sup>333</sup>

ვიდესა და კრავენის მიხედვით, განხორციელების ვალდებულებაა:

- ვალდებულება, მიიღოს ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკა და არსებული ბიუჯეტიდან საკმარისი პროცენტი გამოყოს ჯანდაცვის მიზნებისათვის;
- ვალდებულება, უზრუნველყოს ჯანდაცვის საჭირო მომსახურება, ან შექმნას ისეთი პირობები, სადაც ინდივიდუალურ პირებს ექნებათ სათანადო და საკმარისი ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის მომსახურებაზე, ჯანდაცვის სამსახურების, და აგრეთვე სუფთა სასმელი წყლისა და სათანადო სანიტარული პირობების ჩათვლით.<sup>334</sup>

„განხორციელების ვალდებულება მოითხოვს სახელმწიფოსაგან საჭირო ზომების მიღებას ადამიანის საჭიროებების დაკმაყოფილების უზრუნველყოფისათვის, რის უზრუნველყოფასაც პიროვნება თავად ვერ შეძლებს.“<sup>335</sup>

სამმხრივი ანალიზის კიდევ ერთი დადებითი მხარე ის არის, რომ მას შეუძლია ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის უფლების სასამართლო წესით უზრუნველყოფის უკეთ აღქმას. მაგალითად, „ჯანმრთელობისათვის ზიანის მომტანი საქმიანობისაგან ანუ სახელმწიფოს მხრიდან გარემოს დაბინძურების გამომწვევი საქმიანობებისაგან თავის შეკავების ვალდებულება, სასამართლო წესით უზრუნველყოფას ექვემდებარება.“<sup>336</sup> მეორე, დაცვის ვალდებულებები შესაძლოა გარკვეულ პირობებში იქნეს სასამართლოში აღსრულებადი. განსაკუთრებით მძიმე სიტუაციების დროს, როდესაც ცალკეული დაწესებულებები სათანადოდ ვერ ფუნქციონირებენ, სახელმწიფოს შესაძლოა დაეკისროს სასამართლო წესით აღსრულების

<sup>333</sup> Craven C.R. Matthew, The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, A perspective on its Development, Clarendon press, Oxford, 1998, გვ. 112

<sup>334</sup> ვიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 214-215

<sup>335</sup> Craven C.R. Matthew, The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, A perspective on its Development, Clarendon press, Oxford, 1998, 109

<sup>336</sup> ვიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 217

ვალდებულება, დაიცვას ინდივიდუალური პირები ამ დაწესებულებების ქმედებებისაგან.<sup>337</sup>

სხვა მოსაზრებით, პატივისცემის ვალდებულებას, გარდა იმისა რომ სახელმწიფომ პატივი უნდა სცეს ადამიანის უფლებებს ზოგადად, ემატება, მაგალითად, ალტერნატიული მედიცინის თავისუფლებისა და პატივისცემის საკითხი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგულაციების ნაკლებად მკაცრი და ხისტი რეგულაციების მოთხოვნა. დაცვის ვალდებულების ძირითად არსად კი სოციალური წესრიგის არსებობა სახელდება, რომლის დროსაც სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას და ზომებს სხვადასხვა ენდემური და ეპიდემიური დაავადებების თავიდან ასაცილებლად. ზოგ შემთხვევაში, ხელშეწყობის ვალდებულება ცალკეა გამოყოფილი და არ არის შესრულების ვალდებულებაში მოქცეული. შესრულების ვალდებულებაში კი მოიაზრება პირობები, რომლებიც, ავადმყოფობის შემთხვევაში, ყველასათვის უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებას და მოვლას.<sup>338</sup> „1978 წელს, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ მიიღო „ჯანმრთელობა ყველასათვის სტრატეგია“, რომელშიც აისახა ეს ვალდებულება. აღმა-ატას დეკლარაციის პრეამბულაში გაცხადებულია „სასწრაფო ქმედების საჭიროება მსოფლიო საზოგადოების მიერ მსოფლიო ხალხების ჯანმრთელობის დასაცავად“... იმისათვის, რომ ჯანმრთელობის უფლების შემცველი საერთაშორისო ინსტრუმენტები განხორციელდეს, პირველადი ჯანდაცვა უნდა გავრცელდეს ყველაზე და უნდა იყოს ეფექტური, ქმედითი, ხელმისაწვდომი და მისაღები.“<sup>339</sup>

აღნიშნული კავშირშია საკითხთან, რომელიც მოიაზრება სოციალური უსაფრთხოების უფლების ქვეშ, როდესაც სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის სერვისები ორგანიზებული უნდა იყოს სოციალური დახმარების პრინციპით და უფასო ან სუბსიდირებული უნდა იყოს იმ კონკრეტული ჯგუფებისათვის, რომელთაც თავად არ შეუძლიათ გადახდა ან ყველასათვის, როგორც ფართო სოციალური სისტემის ნაწილისათვის. ზოგადად, საერთაშორისო ინსტრუმენტები ახორციელებენ ამას არა ამ სახით, არამედ სოციალური დახმარების პრინციპზე დაყრდნობით. საილუსტრაციოდ გამოდგება „ევროპის სოციალური ქარტიის“ მე-13 მუხლი.<sup>340</sup>

<sup>337</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 218

<sup>338</sup> janusz Symonides, Human Rights: Concept and Standarts, Darmouth Publishing Company Limited, 2000, გვ.153-154

<sup>339</sup> იხ. იგივე

<sup>340</sup> სოციალური და სამედიცინო დახმარების მიღების უფლების ეფექტურად განხორციელების მიზნით, მხარეები ვალდებულებას იღებენ: 1. სათანადო დახმარებით, ხოლო ავადმყოფობის შემთხვევაში, შესაბამისი მოვლით უზრუნველყონ ნებისმიერი პირი, რომელსაც არ გააჩნია ადექვატური სახსრები და ასევე არ შეუძლია მათი მოპოვება საკუთარი ძალებით და სხვა საშუალებებით, კერძოდ, სოციალური უზრუნველყოფის სფეროში გათვალისწინებული შეღავათების გამოყენების გზით. 2. უზრუნველყონ, რომ ასეთი დახმარების მიმღებ პირებს არ შეეზღუდოთ პოლიტიკური და სოციალური უფლებები. 3. უზრუნველყონ თითოეული პირის მიერ შესაბამისი სახელმწიფო და კერძო



მარინერის მოსაზრებით, „პატივისცემა მოიცავს თავისუფლებას, პირადი ცხოვრების პატივისცემას და არადისკრიმინაციას. დაცვის ვალდებულებაში იგულისხმება უსაფრთხოებისა და ხარისხის სტანდარტი საკვებსა და სამედიცინო პროდუქტზე, შესაბამისი სპეციალისტები და დაწესებულებები, უსაფრთხო სამუშაო გარემო და ხელმისაწვდომობა, როგორც ფინანსური ასევე ინფორმაციული. შესრულება კი არის სამედიცინო მომსახურებისა და საცხოვრებელი პირობების უზრუნველყოფა, კვლევის წახალისება, განათლების მიწოდება და ამაღლება.“<sup>341</sup>

აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დაცვა მარტივი შესასრულებელი არ არის, ვინაიდან მოიცავს მრავალ სირთულეს, მათ შორის რესურსების ალოკაციას და ეს არ არის მხოლოდ კანონის დაცვა. „მისი დაცვისათვის აუცილებელია ფინანსური რესურსი, ტრენინგული პერსონალი და მდგრადი ინფრასტრუქტურა. „პროგრესული რეალიზაციის“ პრინციპი ფუნდამენტურია ამ უფლების დაცვისათვის. ეს არის კრიტიკული მცირე რესურსის მქონე ქვეყნებისათვის, რომლებიც არიან პასუხისმგებელი ისწრაფვოდნენ ადამიანის უფლებათა მიზნისაკენ მაქსიმალურად, შესაძლებლობის ფარგლებში. ეს არის რელიგანტური მდიდარი ქვეყნებისთვისაც, რომლებმაც უნდა პატივი სცენ, დაიცვან და შეასრულონ ადამიანის უფლებები არამარტო თავის საზღვრებს შიგნით, არამედ საერთაშორისო დახმარებისა და თანამშრომლობის გზითაც.“<sup>342</sup> გარდა ამისა, ადრე უცნობი დაავადებები, მაგ. აივ ინფექცია/შიდსი, სხვა დაავადებები, რომლებმაც ფართო გაავრცელა კოოვეს, მაგალითად ავთვისებიანი სიმსივნეები და აგრეთვე დელამიწის მოსახლეობის სწრაფი ზრდა, ახალ პრობლემებს უქმნის ჯანმრთელობის უფლების რეალიზაციას.<sup>343</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დაცვაზე დიდ გავლენას ახდენენ ქვეყნების საკონსტიტუციო სასამართლოები. „იტალიის, უნგრეთისა და პოლონეთის ძლიერი საკონსტიტუციო სასამართლოები უფრო დიდი ალბათობით განახორციელებენ ჯანმრთელობის უფლებას, ან შესაძლოა მათ ჯანმრთელობის უფლებას უფრო ფართო მნიშვნელობა მისცენ, ვიდრე უფრო სუსტმა საკონსტიტუციო სასამართლოებმა ნიდერლანდებსა და დიდ ბრიტანეთში. სიტუაციას კიდევ უფრო ართულებს ის გარემოება, რომ ჯანმრთელობის უფლების რომელიმე სასამართლოს მიერ განხორციელებამ, შესაძლოა გამოიწვიოს სასამართლო საქმეების უზარმაზარი ტალღა და მოახდინოს სასამართლო სისტემის პარალიზება.“<sup>344</sup> მიუხედავად სხვადასხვა

---

სამსახურების კონსულტაციებითა და დახმარებით სარგებლობა, პირად ან ოჯახურ პრობლემათა აღმოფხვრის, თავიდან აცილების ან შემსუბუქების მიზნით.

<sup>341</sup> Mariner W.K., Toward An Architecture of Health Law, American Journal of Law & Medicine, 2009, გვ. 229

<sup>342</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.14

<sup>343</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია, 2000)

<sup>344</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 367

სირთულისა, საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტი როლი ეკისრება უფლების განმარტების საკითხში. ეს გამორიცხავს გარკვეულ ბუნდოვანებას უფლების არსსა და შემადგენლობაზე. თუმცა, ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განხორციელებისათვის გადაწყვეტი მაინც რესურსების ალოკაციაა, რომელიც სათანადო საკანონმდებლო აქტებით უნდა იყოს გამყარებული. „ჯანმრთელობის კონსტიტუციური უფლება გულისხმობს ერთნაირ (უნიფორმულ) უფლებას: ჯანდაცვის ან დაფინანსების რაღაც დონეს, რომელიც თანაბრად შეეხება ყველას, და არ იქნება დამოკიდებული ინდივიდუალურ, მორალურ განწყობებზე და უპირატესობის მინიჭებაზე. ის, რომ სასამართლოს შესაძლებლობა მიეცეს მიიღოს მორალურობით განპირობებული გადაწყვეტილებები, რომელიც ქვეყნის მასშტაბით ყველა ადამიანს თანაბრად შეეხება, ასევე პრობლემურია, განსაკუთრებით ამერიკელებისათვის, ანუ იმ მრავალფეროვანი მოსახლეობისათვის, რომელიც მეტად აფასებს ინდივიდუალურ არჩევანს ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებში.“<sup>345</sup>

სასამართლო, რომელსაც მოუწევს ჯანმრთელობის კონსტიტუციური უფლების განმარტება, ვალდებული იქნება განსაზღვროს, თუ რამდენად გულისხმობს ჯანმრთელობის უფლება სახელმწიფოს პოზიტიურ მოვალეობას მიაწოდოს მოსახლეობას ან მათ, ვისაც ეს სჭირდება, გარკვეული დონის სამედიცინო მომსახურება; მაგრამ ამგვარ იურიდიულ განსაზღვრებას არავითარი მნიშვნელობა არ ექნება, თუ სახელმწიფოს არ აქვს ამ მოვალეობის შესასრულებლად აუცილებელი ფინანსური რესურსები. მრავალმა სასამართლომ სცნო ეს გარემოება და აირჩია ერთგვარი პირობითობის მიდგომა, რათა გაეწონასწორებინა ჯანდაცვის უფლება და არსებული რესურსები. მაგალითად, დასავლეთ ევროპის სასამართლოები ხშირად აღიარებენ ჯანმრთელობის უფლებას, მაგრამ არა გარკვეული პირობითობის გარეშე. ამრიგად, ზოგიერთი სასამართლო აღიარებს იმ ფაქტს, რომ ჯანდაცვის სისტემისადმი არ უნდა იყოს მოლოდინი, რომ ის “ყველაფერს” მიაწოდებს.<sup>346</sup> ამასთან დაკავშირებით საინტერესოა საქართველოს უზენაესი<sup>347</sup> და საკონსტიტუციო<sup>348</sup> სასამართლოს გადაწყვეტილებები.

სოციალურ უფლებებთან დაკავშირებით, განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონეა საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს სახალხო დამცველი

<sup>345</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 368

<sup>346</sup> იხ. იგივე

<sup>347</sup> იხ. საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის 2008 წლის 4 დეკემბრის განჩინება №ბს-758-730(კ-08)

<sup>348</sup> იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, საქმე „საქართველოს 2004 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონის დანართი №10-ის მე-12 პუნქტის კონსტიტუციურობა საქართველოს კონსტიტუციის მე-14, მე-16, 31-ე, 34-ე და 37-ე მუხლებთან მიამრთებით“, №2/4/294, 5 მაისი, 2005 წელი.

საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ<sup>349</sup>. დავის საგანს წარმოადგენდა “სოციალური დახმარების შესახებ” საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის მე-2 პუნქტი, რომლის თანახმად, “სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასების მეთოდოლოგია, აგრეთვე საქართველოს მთავრობის მიერ დადგენილი დონე და ფულადი სოციალური დახმარების ოდენობა არ საჩივრდება”. მოსარჩელის აზრით, სადავო ნორმა ეწინააღმდეგებოდა საქართველოს კონსტიტუციის 42-ე მუხლის პირველ პუნქტს, რომლის თანახმად: “ყოველ ადამიანს უფლება აქვს თავის უფლებათა და თავისუფლებათა დასაცავად მიმართოს სასამართლოს.” იგი მიიჩნევდა, რომ მოქალაქეთა სოციალური დაცვა სახელმწიფოს ვალდებულებაა და არა მის მიერ კეთილი ნების გამოვლინება. მისი აზრით, სოციალური სახელმწიფოს პრინციპი წარმოშობს ხელისუფლების არაერთ ვალდებულებას მოსახლეობის სოციალური პრობლემების გადაჭრისა, ცალკეული კატეგორიის ადამიანების (მაგალითად, ომის ან შეიარაღებული კონფლიქტის დროს დაზარალებული პირების, ინვალიდების, პენსიონერების და სხვა) ადეკვატური სოციალური უზრუნველყოფის და ზოგადად, სოციალური უფლებების დაცვის თვალსაზრისით, რაც, თავის მხრივ, მოითხოვს შესაბამისი ღონისძიებების დროულად გატარებას. სახელმწიფოს ეკისრება ვალდებულება დაასაბუთოს, რომ სოციალური სქემების შეზღუდვა გამოწვეულია გარდაქმნებით, ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესებით, ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდით, საბიუჯეტო შემოსავლების შემცირებით და სხვა ფაქტორებით. თუმცა ზემოაღნიშნული გარემოებები არ ათავისუფლებს სახელმწიფოს ვალდებულებისაგან, შედარებით იაფი მიზნობრივი პროგრამების მეშვეობით მოახდინოს საზოგადოების განსაკუთრებით დაუცველი ფენის სოციალური უზრუნველყოფა.

სასამართლომ გაანალიზა ნორმის შინაარსი და შეაფასა მოსარჩელის მიერ დასახელებული უფლების ხელყოფის შესაძლებლობა. მოსამართლეთა პოზიციები თანაბრად გაიყო სოციალური უზრუნველყოფისა და სოციალური დახმარების უფლებების სასამართლოში განსჯადობასთან დაკავშირებით და სადავო ნორმა მიჩნეულ იქნა, როგორც საქართველოს კონსტიტუციის 42-ე მუხლის მოთხოვნებთან შეუსაბამო.

ზემოაღნიშნულ გადაწყვეტილებას თან ერთვის მოსამართლეების, ქეთევან ერემაძისა და ბესარიონ ზოიძის განსხვავებული აზრი გადაწყვეტილების მოტივაციის ნაწილთან დაკავშირებით, რომლის მიხედვითაც, „საქართველოს კონსტიტუციის 42-ე მუხლის პირველი პუნქტი არ ახდენს დიფერენცირებას უფლებებს შორის და არ გამოყოფს გარკვეულ კატეგორიას უფლებებისა, რომელთა დაცვაც შეიძლება სასამართლოში და არ აძლევს კანონმდებელს შესაძლებლობას რომელიმე უფლება, თავისი შეხედულებით, დატოვოს სასამართლოში დაცვის გარეშე.“

ამავე განსხვავებული აზრის მიხედვით, სოციალური უფლებები მიჩნეულია, როგორც ე.წ. “ძვირი უფლებები”, რომელთა რეალიზაცია, პოლიტიკურ და პირად უფლებებთან შედარებით, უმეტესწილად

<sup>349</sup> იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, საქმე “საქართველოს სახალხო დამცველი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ”, №1/2/434, 27 აგვისტო, 2009 წელი

დამოკიდებულია სახელმწიფო ბიუჯეტზე, სახელმწიფოს მიერ ადეკვატური სახსრების ხარჯვაზე. აქედან გამომდინარე, ხშირ შემთხვევაში, საკმაოდ ფრთხილია სახელმწიფოთა მიდგომა სოციალური უფლებების აღიარებასთან დაკავშირებით. როგორც წესი, სახელმწიფოთა დიდი ნაწილის კონსტიტუციები არც თუ ისე მდიდარია სოციალური უფლებებით. მაგრამ, სოციალური დახმარების და სოციალური უზრუნველყოფის რიგი საერთაშორისო აქტების მიერ უფლებებზე აღიარება, საკმარისი ფორმალური საფუძველია ამ სიკეთეების უფლებად მიჩნევისათვის და მათ უზრუნველსაყოფად სახელმწიფოთა შესაბამისი ვალდებულებების წარმოშობისათვის.

ზემოთაღნიშნულ გადაწყვეტილებაში ნათლად ჩანს სოციალური უფლების ბუნება და მისი რეალიზაციის დამოკიდებულება საბიუჯეტო სახსრებზე. თუმცა გადაწყვეტილებაში დასაბუთებულია, თუ რატომ არ უნდა იქნას გაყვანილი სოციალური უფლებები სასამართლო კონტროლიდან, რაც ასევე მნიშვნელოვანია ამ უფლებათა რეალიზაციისა და სამართლებრივი უსაფრთხოების პრინციპის დაცვისათვის - „ხელისუფლების დანაწილების პრინციპი მოითხოვს ხელისუფლების შტოთა ურთიერთკონტროლსა და გაწონასწორებას. როდესაც კონკრეტული გადაწყვეტილების მიღება, მისი შესრულება და ამ პროცესებზე კონტროლი მხოლოდ პოლიტიკური ხელისუფლების პრეროგატივაა, ხელისუფლების დანაწილების პრინციპის მოთხოვნები ვერ მიიღწევა. ასეთ ვითარებაში არ არსებობს ადამიანების ხელისუფლების თვითნებობის, ძალაუფლების ბოროტად გამოყენების, ვალდებულების შესრულებისაგან თავის არიდების ან თუნდაც შეცდომისაგან დაცვის სამართლებრივი ბერკეტი. ყოველივე ეს კი არღვევს სამართლებრივი უსაფრთხოების პრინციპს. სოციალური უფლებების სასამართლო კონტროლიდან მთლიანად გაყვანით, პოლიტიკურ ხელისუფლებას მიეცემა აბსოლუტური თავისუფლება ამ სფეროში კონკრეტული გადაწყვეტილებების როგორც მიღება-არმიღებისა, ისე მათ სათანადოდ შესრულება-შეუსრულებლობასთან დაკავშირებით. თუკი პოლიტიკური ხელისუფლება თავად იქნება იმის ერთადერთი შემფასებელი, გამოიჩინოს თუ არა ძალისხმევა ადამიანების სასიცოცხლო პრობლემების გადასაწყვეტად, საეჭვო გახდება მის მიერ როგორც სავალდებულო გადაწყვეტილებების მიღება, ისე მათი შესრულების კანონიერება.“<sup>350</sup>

<sup>350</sup> იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, საქმე “საქართველოს სახალხო დამცველი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ”, №1/2/434, 27 აგვისტო, 2009 წელი

### 5.3 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევა

ჯანმრთელობის უფლების დაცვის ვალდებულება ირღვევა, თუ სახელმწიფო არ განახორციელებს საჭირო ღონისძიებებს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების პატივისცემის, დაცვისა და შესრულებისათვის. მიუხედავად იმისა, საჯარო თუ კერძო სექტორია პასუხისმგებელი ჯანდაცვის მიწოდებაზე, ეს მომსახურება უნდა ხორციელდებოდეს თანასწორობის საფუძველზე, საზოგადოების დაუცველი ჯგუფების საჭიროების გათვალისწინებით. „სახელმწიფოებს დასჭირდებათ საჭირო კანონმდებლობის მიღება, რათა უზრუნველყონ, რომ ჯანდაცვის მომსახურების კერძო მიმწოდებლები ითვალისწინებდნენ ხელმისაწვდომობისა და თანასწორობის პრინციპს. მთელ რიგ შემთხვევებში, ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტმა შეკითხვით მიმართა სახელმწიფოებს, თუ რაოდენ თანაბრად ხელმისაწვდომია ჯანდაცვის მომსახურება სახელმწიფო და კერძო სექტორებში.“<sup>351</sup> ფილიპინების შემთხვევაში, კომიტეტმა აღნიშნა, რომ „ჯანდაცვის მომსახურების პრივატიზაციისა და დეცენტრალიზაციის გეგმები არ ათავისუფლებს მთავრობას პაქტით გათვალისწინებული ვალდებულებებისაგან, არსებული საშუალებების გამოყენებით ხელი შეუწყოს ჯანდაცვის მომსახურებაზე სათანადო ხელმისაწვდომობას, განსაკუთრებით მოსახლეობის შედარებით ღარიბი ჯგუფებისათვის.“<sup>352</sup> ეს განცხადება შესაძლოა გავრცელდეს საქართველოზეც, რადგან დღეს არსებული ჯანდაცვის მომსახურების ობიექტები პრივატიზებულია და ჯანდაცვის პოლიტიკის კურსი მიმართულია დეცენტრალიზაციისაკენ. შესაბამისად, სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველოს სათანადო საკანონმდებლო აქტებისა თუ სახელმწიფო პროგრამების მიღება, რათა გამოირიცხოს ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

გარდა ამისა, „ჯანმრთელობის უფლების ვალდებულება შეიძლება დაირღვეს, თუ შესაბამისი ორგანოები ვერ უზრუნველყოფენ ადამიანთა დაცვას გარემოს დაბინძურებით გამოწვეული საფრთხეებისაგან, მაგალითად, რომლებიც გამოწვეულია საერთაშორისო და სხვა კორპორაციების საქმიანობის შედეგად.“<sup>353</sup>

ასევე, თუ სახელმწიფო საკმარის ძალისხმევას არ წარმართავს თითოეული ადამიანისათვის საჭირო ჯანდაცვის მომსახურების უზრუნველსაყოფად. მაგალითად, „სახელმწიფომ შეიძლება დაარღვიოს ეს ვალდებულება, თუ ის სტრუქტურულად ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სათანადო მოსახურებას საზოგადოების ცალკეული სემენტებისათვის,

<sup>351</sup> მაგალითად, ნორვეგიასთან დაკავშირებით, UN doc. E/C.12/1988.SR.15, პუნქტი 33 და კვიპროსთან დაკავშირებით, UN doc. E/C.12/1990/SR.2, პუნქტი 61. In: ეიდუ ა., კრაუზე კ. როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 216

<sup>352</sup> ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის მოსაზრებები ფილიპინებთან დაკავშირებით, UN doc. E/C.12/1995/7, პუნქტი 20. In: ეიდუ ა., კრაუზე კ. როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 216

<sup>353</sup> ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 216

მაგალითად პატიმრებისათვის, არალეგალურად მცხოვრები მიგრანტებისათვის ან ქალებისათვის.<sup>354</sup> საქართველოს სახალხო დამცველის, რომელიც ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ინსტიტუტად მოიაზრება და ადამიანის უფლებების დაცვის კონსტიტუციური გარანტია საქართველოში, ბოლო ანგარიშის მიხედვით, სასჯელაღსრულების სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის უზრუნველყოფა კვლავ რჩება უმწვავეს პრობლემად. ექიმებმა, რომლებიც ციხეებში მუშაობენ, პატიმრებს უნდა მიაწოდონ იმავე სტანდარტის მომსახურება, რაც ხორციელდება ციხის გარეთ - პატიმრები იღებენ იმავე სტანდარტების სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც არსებობს მოცემულ ქვეყანაში დისკრიმინაციის გარეშე. მომსახურების პროცესში იკვეთება მომსახურების პროცესის გეოგრაფიული არათანასწორობა, რაც ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევად უნდა მივიჩნიოთ. (სამედიცინო ნაწილებს მკვეთრად განსხვავებული შესაძლებლობები აქვთ, ის სერვისი, რაც ხელმისაწვდომია ერთ ნაწილში, სრულიად არ არის ხელმისაწვდომი სხვა ნაწილებში - ადამიანური რესურსისა და სამედიცინო აღჭურვილობის სიმწირე.) მიუხედავად იმისა, რომ ყველა დაწესებულება უზრუნველყოფილია სამედიცინო პერსონალით, მაინც შეიმჩნევა ხარვეზი - დღე-ღამის ნებისმიერ დროს არ არის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება. სისტემა განიცდის ექიმ-სტომატოლოგთა ნაკლებობასაც.

საგანგაშო მდგომარეობაა ფსიქიატრის ან ფსიქიატრიის დარგში საშუალო სამედიცინო პერსონალის არსებობის მხრივ. იგივე შეიძლება ითქვას ექიმ-ნარკოლოგზეც. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პრაქტიკულად არ არიან ექიმი ეპიდემიოლოგები - არ ხდება მონიტორინგი გადამდები დაავადებებისა. ამ ტიპის დაწესებულებებში, მიუხედავად კანონით გათვალისწინებული მოთხოვნისა, არ ხდება პატიმართა სამედიცინო შემოწმება წელიწადში ერთხელ მაინც. ასევე არ ხდება მათი ცნობიერების ამაღლება სამედიცინო მომსახურებისა და ჰიგიენური ნორმების შესახებ. გართულებულია თავისუბლებაადკვეთილი ადამიანების გადაყვანა სამოქალაქო სამკურნალო დაწესებულებებში მაშინაც კი, როდესაც ამის აბსოლუტური აუცილებლობა არსებობს (ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევა და არაჰუმანური მოპყრობა). პრობლემურია სამედიცინო პერსონალის კომპეტენცია და პროფესიული დონე. ექიმები არ გადიან ტრენინგებს და არ აკმაყოფილებენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების შესახებ მოთხოვნებს. მათი დიდი უმრავლესობა საერთოდ არ იცნობს ჯანდაცვის კანონმდებლობას. მნიშვნელოვანი პრობლემაა, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებები არ არის ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულებები, არ წარმოადგენს სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს და ფაქტიურად არ იზიარებს ეროვნულ მარეგულირებელ ნორმებს. ეს არღვევს კონსტიტუციით გათვალისწინებულ მოთხოვნას - „სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას.“ ეს ქმნის

<sup>354</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 216-217

თავისუფლება აღკვეთილ პირთა დისკრიმინაციის პრევენცია.<sup>355</sup> დისბალანსია სხვადასხვა დაწესებულებებს შორის მედიკამენტების მიწოდების მხრივაც. პენიტენციური სისტემის ფარგლებში უხეშად ირღვევა კონფიდენციალურობის სტანდარტი. პაციენტები არ არიან ინფორმირებული მკურნალობის გზების შესახებ და მათი სამედიცინო ჩანაწერების ნახვა პრაქტიკულად შეუძლებელია. მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ დარღვეულია წამებისა და ძალადობის, არაჰუმანური მოპყრობის პრევენციის სტანდარტები.<sup>356</sup>

ანალოგიურად, ჯანმრთელობის უფლების შესრულების ვალდებულება შეიძლება დაირღვეს, თუ სახელმწიფო არსებული ბიუჯეტიდან ჯანდაცვისათვის საკმარის წილს არ გამოყოფს. „(თავდაცვის მეტია ჯანდაცვაზე და ა. შ.). კომიტეტის მტკიცებით, ამგვარი დისბალანსი შესაძლოა იმის მაჩვენებელი იყოს, რომ სახელმწიფო არ იცავს ჯანმრთელობის უფლებას არსებული რესურსების მაქსიმალური გამოყენებით.“<sup>357</sup>

ჯანმრთელობის უფლება შეიძლება დაირღვეს ყველა იმ განმსაზღვრელის და ფუნდამენტური წინაპირობების არ არსებობისას, რომელსაც მოიცავს თავად ჯანმრთელობის უფლება<sup>358</sup>. გაეროს კომიტეტის №3 ზოგად კომენტარში ხაზგასმულია, რომ რესურსების მწვავე ნაკლებობის დროსაც კი, საზოგადოების განსაკუთრებით დაუცველი ფენების უზრუნველყოფა უნდა მოხდეს შედარებით არაძვირადღირებული მიზნობრივი პროგრამების მეშვეობით.<sup>359</sup> რაც შეეხება ჯანმრთელობის უფლებას, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჯანდაცვაზე და სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარ ხელმისაწვდომობას. სახელმწიფოებს ეკისრებათ განსაკუთრებული ვალდებულება, აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევა და ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებებზე ხელმისაწვდომობა უზრუნველყონ მათთვის, ვისაც საკმარისი რესურსები არ გააჩნია, და აგრეთვე, სამედიცინო მომსახურების სფეროში აღკვეთონ საერთაშორისო დონეზე აკრძალული ნიშნებით ნებისმიერი ფორმის დისკრიმინაცია, განსაკუთრებით ჯანმრთელობის უფლების საფუძველზე აღებულ ძირითად ვალდებულებებთან მიმართებით. ჯანდაცვის მოთხოვნებზე არასაკმარისი რესურსების გამოყოფა შესაძლოა გახდეს ფარული დისკრიმინაციის მიზეზი. მაგალითად, ძვირადღირებულ სამკურნალო მომსახურებაში ინვესტირება, რომელიც ხშირად მოსახლეობის მცირერიცხოვანი, პრივილეგირებული ნაწილისთვისაა ხელმისაწვდომი, არ უნდა ატარებდეს არაპროპორციულ ხასიათს მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის

<sup>355</sup> იხ., საკონსტიტუციო სასამართლოს განჩინება, საქმე „დავით ნატროშვილი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, №1/6/462, 5 ნოემბერი, 2008 წელი

<sup>356</sup> იხ. სახალხო დამცველის 2009 წლის მეორე ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში

<sup>357</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 217

<sup>358</sup> იხ. ქვემოთ, გვ. 108–109

<sup>359</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია, 2000), მე-18 მუხლი

განკუთვნილი პირველადი და პროფილაქტიკური სამედიცინო-სანიტარული მომსახურების საზიანოდ.<sup>360</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევის განსაზღვრა ხდება მაასტრიხტის პრინციპების<sup>361</sup> შესაბამისად. პრინციპების მიხედვით, სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების მსგავსად, სახელმწიფოს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების სამი სხვადასხვა სახის ვალდებულება ეკისრება; კერძოდ, უფლებათა პატივისცემის, დაცვისა და შესრულების ვალდებულება<sup>362</sup>. ამ სამი სახის ვალდებულებიდან რომელიმეს შეუსრულებლობა იწვევს უფლების დარღვევას. მაგალითად, თუ სახელმწიფო ვერ უზრუნველყოფს პირველად სამედიცინო მომსახურებას მათთვის, ვისაც ეს ესაჭიროება, ეს შეიძლება დარღვევის ტოლფასად ჩაითვალოს.

სოციალური და ეკონომიკური უფლებების დაცვისას სახელმწიფოს აქვს დისკრეციის ზღვარი, რომელიც უფრო ფართოა, ვიდრე სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შემთხვევაში, მაგრამ ის ვალდებულია უზენაესი, რომ იგი აღწევს გაზომვად პროგრესს მოცემული უფლების სრული განხორციელებისათვის. ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, დარღვევები შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც მოქმედებით, ასევე უმოქმედობით.

#### 5.4 ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლი<sup>363</sup>

ჯანდაცვასთან მიმართებაში ჯანდაცვის უფლების საკითხი (როლი) მეტად მრავალმხრივია, მაგრამ ერთი ასპექტი არის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი: თანასწორობის პრინციპი. „უზენაესი პრინციპი ყველა ადამიანის უფლებისათვის, „ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის“ მიხედვით, არის „პატივი და ღირსება პიროვნებისა და ქალისა და მამაკაცის თანასწორი უფლებები“. უფლებათა ბილი და სხვა საერთაშორისო ხელშეკრულებები ადამიანის უფლებების შესახებ, ეხება

<sup>360</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000), მე-19 მუხლი

<sup>361</sup> იხ. <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Maastrichtguidelines.html>, (ნანახია 21/12/2010)

<sup>362</sup> იხ. ზემოთ, თავი 5.2, გვ. 91

<sup>363</sup> 1. ყველას აქვს უფლება ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე, საკვების, ტანსაცმლის, საცხოვრებლის, სამედიცინო და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია თვითონ და მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად, და უფლება უზრუნველყოფილი იყოს ქვრივობის, მოხუცებულობის ან მისგან დამოუკიდებელ გარემოებათა გამო არსებობის დაკარგვის სხვა შემთხვევაში.

2. დედობა და ჩვილი ყრმის ასაკი იძლევა განსაკუთრებული უზრუნველყოფითა და დახმარებით სარგებლობის უფლებას. ყველა ბავშვი დაბადებული ქორწინებაში თუ ქორწინების გარეშე, უნდა სარგებლობდეს ერთნაირი სოციალური დაცვით.



„ყველას“ უფლებათა ფლობის თვალსაზრისით. თანასწორობის პრინციპი არის უმთავრესი ადამიანის უფლებათა შესახებ კონცეფციაში.“<sup>364</sup>

ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლის პირველი პუნქტი ადგენს: „ყოველ ადამიანს უფლება აქვს ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე, საკვების, ტანისამოსის, ბინის, სამედიცინო და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად...“<sup>365</sup> „ჯანმრთელობის ინდივიდუალური უფლება, გამოსატყუი ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციაში, აღიარებულია როგორც ადამიანის ფუნდამენტური საერთაშორისო უფლება.“<sup>366</sup>

სოლო ჯამარის მიხედვით, მუხლის პირველ ნაწილში, აღნიშნულია ორი მომიჯნავე უფლება. პირველი არის უფლება, რომ ცხოვრების სტანდარტი და მინიმალური საჭიროებანი უნდა იყოს თანხვედრაში და ასევე ის, რომ მინიმალური საჭიროება არის „ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა.“ ეს ნაწილი ეხება უფრო ცხოვრების დონეს, ვიდრე ჯანმრთელობას. ეკონომიკური სისტემა, რომლის არსებობისას ყველას აქვს შესაძლებლობა შეიძინოს რაიმე სიკეთე და სერვისი, რომელიც საკმარისია ჯანმრთელობის განვითარებისათვის, ნიშნავს, რომ ადამიანს შეუძლია ამ უფლების რეალიზება. სოციალისტური სოციალური სახელმწიფო, რომელიც აწვდიდა ძირითად საჭიროებებს, ასევე აკმაყოფილებდა სოციალური უფლების მოთხოვნებს; მაგრამ, თანამედროვე დასავლური სოციალური სახელმწიფო არის უფრო სრულყოფილი, რომელიც აერთიანებს საბაზრო ეკონომიკას და კეთილდღეობას, და შესაბამისად, უზრუნველყოფს მას. ამასთან დაკავშირებით, ჯამარის მოსაზრება არის შემდეგნაირი - „არ არის აუცილებელი, პირდაპირ მიაწოდო საკვები, ტანსაცმელი, საცხოვრებელი ან სამედიცინო მომსახურება, უნდა შექმნა ისეთი სამუშაო პირობები, რომ ანაზღაურების მქონე პირმა თავად შეძლოს შეიძინოს ეს ყველაფერი მისი ოჯახისათვის.“<sup>367</sup>

ასევე ჯამარის აზრით, უფლება გულისხმობს, რომ „ყველა ადამიანს აქვს მინიჭებული უფლება სოციალური სერვისების უსაფრთხო სისტემაზე, ანუ ადეკვატურ სოციალურ უსაფრთხოებაზე იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანს არ შეუძლია ამ უფლების გამოყენება ანუ ვერ გამოიმუშავეს თავად, რომ ჰქონდეს ცხოვრების გარკვეული დონე. ეს უფლება მოიცავს ჯანმრთელობას

<sup>364</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 483  
<sup>365</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000)  
<sup>366</sup> Meier B.M., Symposium:Global Justice:Poverty, Human Rights, and Responsibilities, Cornell International Law Journal, 2006, გვ. 9  
<sup>367</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 44-45

მხოლოდ ნეგატიური სახით იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანს არ შეუძლია მუშაობა ავადმყოფობის ან შეზღუდული შესაძლებლობების შემთხვევაში.<sup>368</sup>

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დეკლარაცია არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საერთაშორისო სამართლებრივი დოკუმენტი, ადამიანის უფლებათა ბილის შემადგენელი ნაწილი და მასში ჯანმრთელობის დაცვის უფლების აღიარება პირდაპირ თუ ირიბად გავლენას ახდევს ეროვნულ კონსტიტუციებსა და კანონმდებლობებზე.

### 5.5 საერთაშორისო პაქტის „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ მე-12 მუხლი<sup>369</sup>

საერთაშორისო სამართლის მთელ სპექტრში, ჯანმრთელობის უფლების ყველაზე უფრო სრული მუხლი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტშია მოცემული. ამ პაქტის მე-12 მუხლის პირველი პუნქტით, მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ: „თითოეული ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე“, „ხოლო მე-12 მუხლის მე-2 პუნქტში ჩამოთვლილია „ზომები, რომლებიც... მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ამ უფლების სრული რეალიზაციისათვის.“<sup>370</sup> „პაქტის კონკრეტული მუხლი საყურადღებოა იმიტაც, რომ მასზე არსებობს გაეროს მიერ შემუშავებული კომენტარი, რაც ნათელს ხდის ჯანმრთელობის უფლებას ზოგადადაც. გრუსკინის აზრით, კონვენციის ზოგადი კომენტარი არის სასარგებლო გზამკვლევი.“<sup>371</sup>

„ჯანმრთელობის უფლება საერთაშორისო პაქტში ჩამოყალიბდა როგორც ინდივიდუალური უფლება, ფოკუსირდა ჯანდაცვის სერვისების ინდივიდუალურ ხელმისაწვდომობაზე, კოლექტიურ ჯანდაცვის

<sup>368</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 44-45  
<sup>369</sup> 1.წინამდებარე პაქტის მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ თითოეული ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე.  
2.ზომები, რომლებიც წინამდებარე პაქტის მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ამ უფლების სრული რეალიზაციისათვის, უნდა შეიცავდეს ღონისძიებებს, რომლებიც აუცილებელია: ა)მკვდრადშობადობისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებისა და ბავშვის ჯანსაღი განვითარების უზრუნველსაყოფად; ბ)გარემოს ჰიგიენისა და მრეწველობაში შრომის ჰიგიენის ყველა ასპექტის გასაუმჯობესებლად; ც)ეპიდემიური, ენდემური, პროფესიული და სხვა დაავადებების თავიდან ასაცილებლად, სამკურნალოდ და შესამოწმებლად; დ)ისეთი პირობების შესაქმნელად, რომლებიც ავადმყოფობის შემთხვევაში ყველასათვის უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებას და მოვლას.  
<sup>370</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000)  
<sup>371</sup> Gruskin S., Is There a Government in The Cockpit: A Passenger’s Perspective or Global Public Health: The Role of Human Rights, Temple Law Review, 2004, გვ.10

პროპაგანდასა და დაავადებათა პრევენციის პროგრამებთან ერთად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემების გამოყენებაზე.<sup>372</sup>

მე-12 მუხლის პირველ პუნქტში მოცემული ცნება, „ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლეს სტანდარტი“, ითვალისწინებს როგორც ინდივიდუალურ, ბიოლოგიურ და სოციალურ-ეკონომიკურ წინაპირობებს, ისე სახელმწიფოსათვის ხელმისაწვდომ რესურსებს. არსებობს მთელი რიგი ასპექტებისა, რომელთა გათვალისწინება მხოლოდ სახელმწიფოსა და ინდივიდუალური პირის ურთიერთობის ჩარჩოებში შეუძლებელია. სახელდობრ, სახელმწიფოს არ შეუძლია უზრუნველყოს კარგი ჯანმრთელობა, ან დაიცვას ადამიანის ჯანმრთელობა გაუარესების გამომწვევი ყველა მიზეზისაგან. მაგალითად, გენეტიკურ ფაქტორებს, დაავადებებისადმი ინდივიდუალურ მიდრეკილებას და ადამიანთა მიერ არაჯანსაღი და სიცოცხლისათვის საშიში ცხოვრების წესის არჩევას შეუძლია არსებითი გავლენა მოახდინოს მათ ჯანმრთელობაზე. აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის უფლება აღიქმება, როგორც ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის მიღწევისათვის შესაბამისი დაწესებულებების, საქონლის, მომსახურებისა და პირობების გამოყენების უფლება.<sup>373</sup> „შესაძლო სტანდარტი უნდა გაგებულ იქნეს პაქტის ზოგადი მიდგომიდან გამომდინარე, რომელიც ავალდებულებს მონაწილე სახელმწიფოებს ჯანდაცვის უფლების პროგრესულ რეალიზაციას.“<sup>374</sup>

ვალდებულებების პერსპექტივიდან გამომდინარე, სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს, ან არ აწვდის ჯანმრთელობას პირდაპირ, მაგრამ მას შეუძლია შექმნას პირობები ჯანმრთელობის მისაღწევად. „ეს მახასიათებელი განასხვავებს ჯანმრთელობის უფლებას ადამიანის სხვა უფლებებისაგან. არცერთი სხვა უფლება არ არის დამოკიდებული სხვადასხვა არაპირდაპირ ქმედებებზე ისე, როგორც ჯანმრთელობის უფლება. ეს თვისება გამოარჩევს მას სხვა უფლებებისაგან, მათ შორის სოციალური და ეკონომიკური უფლებებიდან. მაგალითად, უფლება საკვებზე არ ნიშნავს, რომ სახელმწიფომ უნდა შექმნას პირობები საკვების მოსაპოვებლად, არამედ ნიშნავს ფუნდამენტურ უფლებას შიმშილისაგან დასაცავად.“<sup>375</sup>

კომიტეტის განმარტების შესაბამისად, მე-12 მუხლის პირველ პუნქტში განსაზღვრული ჯანმრთელობის უფლება მოიცავს ჯანდაცვის სფეროში არა მხოლოდ დროულ და სათანადო მომსახურებას, არამედ ჯანმრთელობის ისეთ ფუნდამენტურ წინაპირობებს, როგორიცაა უსაფრთხო სასმელ წყალზე და სათანადო სანიტარულ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა, უსაფრთხო საკვებით სათანადო მომარაგება, კვება და საცხოვრებელი პირობები,

<sup>372</sup> Meier B.M., Symposium:Global Justice:Poverty, Human Rights, and Responsibilities, Cornell International Law Journal, 2006, გვ. 8

<sup>373</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000), UN doc. E/C. 12/2000/4

<sup>374</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 46

<sup>375</sup> იხ. იქვე, გვ. 47

უსაფრთხო შრომის პირობები და გარემო, აგრეთვე ჯანმრთელობის სფეროში განათლებასა და ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჩათვლით. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტი არის - მოსახლეობის მონაწილეობა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ადგილობრივ, ეროვნულ და საერთაშორისო დონეებზე.<sup>376</sup>

### 5.5.1 ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განმარტება გაეროს ზოგადი კომენტარი №14-ის მიხედვით

გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14 განმარტავს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის ნორმატიულ შინაარსს. „ზოგადი კომენტარი არის ფართო და სპეციფიკური და მოუწოდებს ერებს კონვენციის რატიფიცირებისაკენ. კომენტარი განმარტავს ჯანმრთელობის უფლების იმპლემენტაციას, განხორციელებას და შემაღლებას.“<sup>377</sup>

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ყველა ფორმა, „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“, საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის ზოგადი კომენტარის მიხედვით, შეიცავს არა მარტო ფუნდამენტურ წინაპირობებს,<sup>378</sup> არამედ შემდეგ ძირითად ელემენტებს: არსებობა, ხელმისაწვდომობა, მისაღებობა და ხარისხი. მე-12 მუხლის ნორმატიული შინაარსის სრული აღქმისათვის მნიშვნელოვანია რა მოიაზრება თითოეულ ელემენტში.

*არსებობა* „გულისხმობს, რომ სახელმწიფოს უნდა ჰქონდეს ჯანდაცვის სამსახურების საკმარისი რაოდენობა მთელი მოსახლეობისათვის,<sup>379</sup> ასევე საქონელი, მომსახურება და შესაბამისი პროგრამები. ამ დაწესებულებებისა და მომსახურების ზუსტი ბუნება დამოკიდებული იქნება მთელ რიგ ფაქტორებზე, მათ შორის მონაწილე სახელმწიფოს განვითარების დონეზე. ქვეყანაში უნდა არსებობდეს საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები და ჯანდაცვის სხვა დაწესებულებები, სათანადო კვალიფიკაციის მქონე ექიმები და სამედიცინო პერსონალი,

<sup>376</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000), UN doc. E/C. 12/2000/4

<sup>377</sup> Kinney E.D., The International Human Right to Health: What does This Mean for Our Nation and World?, Indiana Law Review, 2001, გვ. 22

<sup>378</sup> უსაფრთხო წყალზე და სათანადო სანიტარულ პირობებზე ხელმისაწვდომობა, უსაფრთხო საკვებით სათანადო მომარაგება, კვება და საბინაო პირობები, უსაფრთხო შრომის პირობები და გარემო, აგრეთვე ჯანმრთელობის სფეროში განათლებასა და ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჩათვლით, იხ.: გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000), UN doc. E/C. 12/2000/4

<sup>379</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 211

რომლებიც შრომის შიდა ბაზარზე კონკურენტუნარიან ხელფასს მიიღებენ, და ძირითადი მედიკამენტები, რომლებიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სამოქმედო პროგრამის ძირითად მედიკამენტთა ჩამონათვალშია შესული.<sup>380</sup>

*ხელმისაწვდომობა* მოიაზრებს ჯანდაცვის მომსახურების ფინანსურ, გეოგრაფიულ და ინფორმაციულ ხელმისაწვდომობას, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე. ფინანსური ხელმისაწვდომობა გულისხმობს ჯანდაცვის სამსახურების ხელმისაწვდომობას ეკონომიკური თვალსაზრისით; გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში, მომსახურება ყველასათვის მისაწვდომ მანძილზე უნდა იყოს, და ინფორმაციული ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების მოძიება, მიღება და გავრცელება არ უნდა შეიზღუდოს, პირადი სამედიცინო ისტორიის კონფიდენციალობის დაცვით. ხელმისაწვდომობა უნდა განხორციელდეს ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე რომელიმე აკრძალული ნიშნით.<sup>381</sup>

*მისაღებობა* ჯანდაცვის ყველა დაწესებულების და მომსახურების შესაბამისობაა სამედიცინო ეთიკის პრინციპებთან და ხალხების კულტურებთან. ის ასევე ითვალისწინებს გენდერულ პრობლემატიკასა და კონფიდენციალობას.

„ჯანდაცვის არსებული სამსახურების და მომსახურების *ხარისხი* უნდა შეესაბამებოდეს სათანადო სტანდარტებს, რაც გულისხმობს მოთხოვნას, რომ მომსახურება შესაბამისი უნდა იყოს კონკრეტულ კონტექსტში.“<sup>382</sup> ჯანდაცვის ყველა დაწესებულება, საქონელი და მომსახურება, კულტურულ შესაბამისობასთან ერთად, ასევე მისაღები უნდა იყოს მეცნიერული და სამედიცინო თვალსაზრისით და აკმაყოფილებდეს მაღალი ხარისხის მოთხოვნებს; ამისათვის საჭიროა კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი, მეცნიერულად შემოწმებული და ვარგისი მედიკამენტები და სამედიცინო აღჭურვილობა, უსაფრთხო სასმელი წყალი და სათანადო სანიტარული მომსახურება.<sup>383</sup>

ზემოაღნიშნული არის ჯანმრთელობის უფლების ურთიერთდაკავშირებული, ძირითადი ელემენტები, რომელთა ზუსტი გამოყენება დამოკიდებულია ამა თუ იმ მონაწილე სახელმწიფოში არსებულ პირობებზე და ფინანსურ რესურსზე. ყველა ელემენტის გამოყენება სავალდებულოა ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე და განსაკუთრებით სამართლიანად მარგინალური და მოწყვლადი ჯგუფებისათვის.

<sup>380</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000), UN doc. E/C. 12/2000/4

<sup>381</sup> იხ. იგივე

<sup>382</sup> ეიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 211-212

<sup>383</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000), UN doc. E/C. 12/2000/4, მე-12 მუხლი

## 5.6 ევროპის სოციალური ქარტიის მე-11 და მე-13 მუხლები

ევროპის სოციალური ქარტია 1961 წელს გაიხსნა ხელმოსაწერად და 1965 წელს ძალაში შევიდა. ეს იყო ევროპის პირველი მცდელობა ეკონომიკური და სოციალური უფლებების კოდექსის შექმნისა; ხოლო შესწორებული ვარიანტი 1996 წელს გაიხსნა ხელმოწერისათვის და 1999 წელს შევიდა ძალაში. შესწორების მთავარი მიზანი იყო ცვალებადი სოციალური პირობები, ღირებულებები და მათი ასახვა ახალ ტექსტში. 2005 წლიდან საქართველო ერთ-ერთი ხელშემკვრელი მხარეა. ეკონომიკური უფლებები, როგორც ეს განმარტებულია ქარტიაში, გულისხმობს უფლებებს, რომლებიც შეეხება დასაქმებას, ხოლო სოციალური უფლებები, უპირველეს ყოვლისა, მოიცავს ჯანდაცვასა და სოციალურ უზრუნველყოფას. ცხრაშეტი მუხლიდან ზოგიერთს „ძირითადი“ მუხლები ეწოდება, რომელთა შორისაა სოციალური და სამედიცინო დახმარების უფლება. სახელმწიფოები ვალდებული არიან მიიღონ ძირითადი მუხლები.<sup>384</sup> ევროპის სოციალური ქარტიის მე-13 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, წევრი ქვეყნები, რომელთაც აღიარეს ეს მუხლი, ვალდებული არიან დახმარება გაუწიონ დაუცველ პირებს; ამის შემდგომ, ხელშემკვრელმა მხარეებმა დახმარება უნდა უზრუნველყონ არა თავიანთი შეხედულებისამებრ, არამედ მათ ნაკისრი აქვთ ვალდებულება, რომლის დარღვევისთვისაც მათ შესაძლოა სასამართლოს წინაშე მოუხდეთ წარდგომა.<sup>385</sup> იმავედროულად, „მის განხორციელებას ესაჭიროება კანონმდებლობა, რომელიც უზრუნველყოფს შესაბამის დახმარებას – იმ გაგებით, რომ გასაჩივრება სფეროში შესაძლებელი უნდა იყოს.“<sup>386</sup> მე-11 მუხლი<sup>387</sup> ზოგადი ხასიათისაა და ძირითადად საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და ჯანმრთელობის სფეროში განათლებაზე ორიენტირებული.

„ევროპის სოციალური ქარტია“ შეიცავს „ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას“. „ქარტია არ შეიცავს ჯანმრთელობის უფლების დეფინიციებს; მიუხედავად ამისა, მასში გამყარებულია ცნება, რომ ჯანმრთელობის უფლება მეტია, ვიდრე სამედიცინო მომსახურება და მოიცავს სფეროებს

<sup>384</sup> ქარტიასთან შესაბამისობა ფასდება საერთაშორისო კონტროლის მექანიზმით, ანგარიშის მეშვეობით, რომელსაც წარმოადგენენ ხელშემკვრელი სახელმწიფოები ყოველ მეორე წელს.

<sup>385</sup> Case Law on the European Social Charter, 1982, გვ.17

<sup>386</sup> Case Law on the European Social Charter, Supplement #3, 1993, გვ.13

<sup>387</sup> ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ეფექტურად განხორციელების მიზნით, მხარეები ვალდებულია იღებენ უშუალოდ ან სახელმწიფო ან კერძო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით, მიიღონ ზომები, რომლებიც, inter alia, მიზნად ისახავს: 1. ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზების მაქსიმალურად აღმოფხვრას; 2. საკონსულტაციო და საგანმანათლებლო საშუალებების უზრუნველყოფას ჯანმრთელობის განმტკიცებისა და ჯანდაცვის საკითხებში ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის დადგენის მიზნით; 3. მაქსიმალურად შესაძლო დონეზე ეპიდემიურ, ენდემურ და სხვა დაავადებათა, ისევე როგორც უბედურ შემთხვევათა აღკვეთას.

ავადობის გამომწვევ მიზეზებზე. ქარტია ფოკუსირდება პრევენციულ ზომებზე და განათლებაზე.“<sup>388</sup>

ევროპის სოციალური ქარტია მოიცავს ჯანმრთელობის უფლებას მე-11 მუხლში, რომელიც ძირითადად საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზეა ორიენტირებული, სოციალური უსაფრთხოების უფლებას მე-12 მუხლში და უფლებას სოციალური და სამედიცინო დახმარების შესახებ მე-13 მუხლში. ამ უკანასკნელს საქართველო სავალდებულოდ არ აღიარებს.

მე-13 მუხლი ითვალისწინებს „სათანადო დახმარებით, ხოლო ავადმყოფობის შემთხვევაში, შესაბამისი მოვლით უზრუნველყონ ნებისმიერი პირი, რომელსაც არ გააჩნია ადეკვატური სახსრები და ასევე არ შეუძლია მათი მოპოვება საკუთარი ძალებით ან სხვა საშუალებებით, კერძოდ, სოციალური უზრუნველყოფის სფეროში გათვალისწინებული შეღავათების გამოყენების გზით.“ ამ მუხლის აღნიშნული პუნქტი გამოიყენება სხვა მხარეთა იმ მოქალაქეების მიმართაც, რომლებიც კანონიერად იმყოფებიან მათ ტერიტორიებზე.<sup>389</sup> მუხლის შინაარსი გამოხატავს სამედიცინო დახმარების საყოველთაობას, რაც საკამოდ რთული შესასრულებელია მცირე რესურსისა და ჯანდაცვის კერძო სისტემის არსებობისას; შესაბამისად, საქართველომ არ მოახდინა ამ მუხლის აღიარება.

„სოციალური უფლებების ძლიერი მემკვიდრეობა ევროპის სოციალური მოდელის განუყოფელი ნაწილია. სახელმწიფოები შეთანხმდნენ, მიეცათ ყველა მოქალაქისათვის მინიმალური უფლებები საზოგადოებაში მათი სტატუსის მიუხედავად, რათა ხალხის კეთილდღეობა აღარ ყოფილიყო დამოკიდებული თავის რჩენის მათ შესაძლებლობაზე ან ქველმოქმედებაზე. სოციალური პროგრამები გამიზნული იყო არა მხოლოდ იმისაკენ, რომ გაეუმჯობესებინათ ადამიანების ცხოვრების პირობები, არამედ იმისკენ, რომ ჩამოეყალიბებინათ პოლიტიკური საზოგადოება და კოლექტიური იდენტურობის ცნება.“<sup>390</sup> დეილის მისაზრებით, ევროპაში სოციალური უფლებების ქვაკუთხედად იქცა ორი ძირითადი პრინციპი. პირველი – ეროვნულ დონეზე, სადაც სოციალური განვითარება განპირობებული იყო „საყოველთაო კეთილდღეობის სახელმწიფოს“ აღმოცენებით: კეინსის მოდელი დასავლეთში და ცენტრალიზებული წევრი სახელმწიფოები ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში. სოციალური უფლება იქნებოდა ეროვნულ კონსტიტუციაში ჩადებული თუ სოციალური უზრუნველყოფით მინიჭებული, ამ უფლებების ბირთვი ძალაში შევიდა მეორე მსოფლიო ომამდე და ომის შემდგომ, რამაც გავლენა იქონია ძალთა გადანაწილებაზე, თანამონაწილეობაზე, შემოსავლებსა და ცხოვრების დონეზე. მეორე პრინციპი საერთაშორისო დონეზეა, სადაც ევროპის საბჭოს, გაეროს, მოგვიანებით კი ევროკავშირის რეზოლუციებსა და რეკომენდაციებში მოცემული სპეციალური მარეგულირებელი ნორმებისა და

<sup>388</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 49

<sup>389</sup> ევროპის სოციალური ქარტია, მე-13 მუხლის მეოთხე პუნქტი

<sup>390</sup> დეილი მ., სოციალური უფლებების ხელმისაწვდომობა ევროპაში, ევროპის საბჭოს გამომცემლობა, 2007, გვ. 19

სამართლებრივი აქტების საფუძველზე ყალიბდება სოციალური უფლებებისა და სოციალური სოლიდარობის საერთაშორისო სტანდარტები და პროცედურები.<sup>391</sup>

## 5.7 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

ჯანდაცვის საერთაშორისო კანონმდებლობის ისტორია მე-19 საუკუნის შუა პერიოდიდან იწყება. მეორე მსოფლიო შემდეგ გადადგმულ იქნა ახალი და გადამწყვეტი ნაბიჯი. 1948 წელს, შეიქმნა ჯანდაცვაზე ორიენტირებული ახალი სააგენტო - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. „ეს იყო პირველი ორგანო, რომელიც აღიარებდა ჯანმრთელობის უფლებას, როგორც ფუნდამენტურს.“<sup>392</sup>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია წარმოადგენს ჯანდაცვის საკითხებზე მომუშავე გაეროს სპეციალიზებულ სააგენტოს. საქართველო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრი გახდა 1992 წლის 16 მაისს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის I მუხლი ამ ორგანიზაციის მიზნებს შემდეგნაირად განსაზღვრავს: „მიღწეულ იქნეს ყველა ხალხის ჯანმრთელობის რაც შეიძლება მაღალი დონე“. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციაში ჯანმრთელობა განისაზღვრება, როგორც „სრული ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების არარსებობა“.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის პრეამბულაში მოცემულია „ძალაუფლების ვერტიკალური გადანაწილება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მართვისას. პრეამბულაში აღიარებულია არასამთავრობო სექტორის – ინდივიდებისა და ხალხის – მონაწილეობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მართვაში სუვერენული ქვეყნის შიგნით.“<sup>393</sup>

საქართველოში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძირითადი მიზანია: დაეხმაროს საქართველოს მთავრობას ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებასა და ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების საქმეში; საჭიროების შემთხვევაში გაუწიოს სათანადო ტექნიკური დახმარება; ხელი შეუწყოს საგანგებო სიტუაციებისათვის მზადყოფნის გაძლიერებას; ხელი შეუწყოს ჯანდაცვის სექტორში განათლების სტანდარტების დამკვიდრებასა და ტრენინგების ჩატარებას; გასწიოს მტკიცებულებებზე დამყარებული ექსპერტიზა და ჯანდაცვის სექტორს მიაწოდოს საჭირო ინფორმაცია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძირითადი მიზნის მისაღწევად.

<sup>391</sup> დეილი მ., სოციალური უფლებების ხელმისაწვდომობა ევროპაში, ევროპის საბჭოს გამომცემლობა, 2007, გვ. 19

<sup>392</sup> Pinet G., The WHO European Program of Health Legislation and the Health for All Policy, American Journal of Law and Medicine, 1986, გვ. 245

<sup>393</sup> Fidler D.P., Symposium: Sars, Public Health, and Global Governance: Article: Constitutional Outlines of Public Healths “New World Order”, Temple Law Review, 2004, გვ. 393



1981 წელს, რეგიონულმა ოფისმა დააფუძნა მრჩეველთა კომიტეტი ჯანდაცვის კანონმდებლობაზე. კომიტეტის მიზანი იყო მიღწეული პროგრესის შეფასება და პროგრამის რეორიენტაცია შემდგომი განვითარებისათვის. პირველივე შეხვედრაზე განისაზღვრა 4 მიზანი: 1. კანონმდებლობის გამოყენების მხარდაჭერა, როგორც მექანიზმის სოციალურ რეგულაციური პოლიტიკისათვის; 2. ჯანდაცვის კანონმდებლობის ჯანდაცვის მდგომარეობაზე გავლენის შეფასება; 3. წევრ ქვეყნებს შორის ჯანდაცვაზე ინფორმაციის გაცვლის შესაძლებლობის გაზრდა; 4. საერთაშორისო ჯანდაცვის სასწავლო პროგრამების განვითარება.<sup>394</sup>

ზოგიერთი მეცნიერის მოსაზრებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პოზიცია წინააღმდეგობრივი იყო ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებით. ერთის მხრივ, ამ ორგანიზაციის ბევრი დოკუმენტი ეხება ჯანმრთელობის უფლებას და მეორეს მხრივ, არ შეიძლება თანამიმდევრულობა ან რაიმე სერიოზული ძალისხმევა ჯანმრთელობის უფლების კონცეფციისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობის მისანიჭებლად. ეს პოზიცია კონტრასტულია PAHO-ს პოზიციასთან, რომელიც მსოფლიო ჯანდაცვის რეგიონალურ ოფისს წარმოადგენს ამერიკაში და რომელმაც არსებითი წვლილი შეიტანა უფლების კონცეპტუალიზაციაში ბოლო კვლევის საშუალებით. საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლი დაფუძნებულია ჯანმრთელობის შეთავაზებაზე და ბევრი სხვა საერთაშორისო დოკუმენტი შეიქმნა მისი მონაწილეობით, შეიქმნა ასევე გაიდლაინები ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტში.<sup>395</sup> „ბრწყინვალე მუხლი სან-სალვადორის ოქმში PAHO – ს დამსახურებაა და ასევე ბრწყინვალე მუხლი ბავშვის უფლებების კონვენციაში მონაწილე ქვეყნებისა და არასამთავრობო ორგანიზაციებისა, რომელთაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს კონვენციის საბოლოო ვარიანტის ფორმირებაში.“<sup>396</sup>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ბევრ თავის დოკუმენტში, იყენებს ტერმინს - „ჯანმრთელობის უფლება“. რეალურად, „ბავშვის უფლებების კონვენციის მონიტორინგის გამოკლებით, ეს ორგანიზაცია არ გამოხატავს დიდ ინტერესს ჯანმრთელობის უფლების, როგორც საერთაშორისო ადამიანის უფლების განსაზღვრაში. მაგრამ მისი გავლენა მაინც დიდია სხვათა მიერ ამ უფლების ჩამოყალიბებაში. პირველადი ჯანდაცვის შესახებ კონცეფციას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ჯანმრთელობის უფლების განხორციელებისათვის საერთაშორისო დონეზე.“<sup>397</sup>

<sup>394</sup> Pinet G., The WHO European Program of Health Legislation and the Health for All Policy, American Journal of Law and Medicine, 1986, გვ. 250

<sup>395</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 490

<sup>396</sup> იხ. იქვე, გვ. 491

<sup>397</sup> იხ. იქვე, გვ. 492

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის როლი მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დაცვასთან დაკავშირებული ტექნიკური და თეორიული საკითხების შემუშავებაში. „იგი მხოლოდ მქადაგებლის როლით კი არ შემოიფარგლება, არამედ შეიმუშავა კიდევ სტრატეგია ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისათვის, სახელმძღვანელო პრინციპებით და სხვა მნიშვნელოვანი საკითხებით, ასევე მონიტორინგის ინდიკატორების - „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მისაღწევად. ეს პრინციპები და ინდიკატორები გამოიყენება სხვადასხვა ორგანიზაციების მიერ ჯანმრთელობის უფლების შესაფასებლად ეროვნულ დონეზე.“<sup>398</sup>

რეგიონული კომიტეტის შეხვედრაზე, 1980 წელს, ჯანმოს წევრმა სახელმწიფოებმა მიიღეს პირველი საყოველთაო ჯანდაცვის პოლიტიკის დოკუმენტი, ევროპული სტრატეგია „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მისაღწევად (HFA). 1984 წელს, ფორმულირდა სპეციალური რეგიონული მიზნები სტრატეგიის განხორციელების ხელშეწყობისათვის. ეს 38 მიზანი წარმოადგენს საერთო შეხედულებას „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მისაღწევად. მიზნები ეხება 6 ძირითად თემას: ჯანდაცვის სისტემა ფოკუსირებული უნდა იყოს პირველად ჯანდაცვაზე, მთავარი ძალისხმევა მიმართული უნდა იყოს ჯანდაცვის პროპაგანდაზე და დაავადებათა პრევენციაზე, ეფექტურ თანამშრომლობაში ჩართული უნდა იყოს ხელისუფლება და საზოგადოება; კარგად ინფორმირებული, მოტივირებული და აქტიურად ჩართული საზოგადოება არის მთავარი ელემენტი საერთო მიზნის მისაღწევად; საერთაშორისო თანამშრომლობა უნდა გაძლიერდეს, რადგან ჯანდაცვის პრობლემები სცდება სახელმწიფოთა საზღვრებს და არსებული უთანასწორობა ჯანდაცვაში უნდა აღმოიფხვრას რაც შეიძლება სწრაფად. თანასწორობა არის მთავარი წუხილი „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ პოლიტიკისათვის. ადამიანებს უნდა მიეცეთ სიცოცხლური და ეკონომიკური შესაძლებლობები შეინარჩუნონ და განავითარონ თავიანთი ჯანმრთელობა. ფაქტი, რომ 38 მიზნიდან ნახევარში მოცემულია საკანონმდებლო ზომები, მიუთითებს ჯანდაცვის კანონმდებლობის მნიშვნელოვან როლზე სტრატეგიის რეგიონულ დონეზე განხორციელებისათვის. 33-ე მიზანში, რომელიც ეხება ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმულირებას და ფოკუსირებულია ეროვნულ ვალდებულებებზე, აღნიშნულია: „1990 წლამდე, ყველა წევრმა სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს, რომ ჯანდაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია გახდეს შესაბამისი „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ პრინციპებისა და მათი კანონმდებლობა და რეგულაციები განხორციელდეს ეფექტურად საზოგადოების ყველა სექტორში.“<sup>399</sup>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგია - „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ შეიცავს რეკომენდაციებს ზოგადი პოლიტიკის შესახებაც, ჯანმრთელობის უფლების უკეთ განხორციელების მიზნით.

<sup>398</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 492

<sup>399</sup> Pinet G., The WHO European Program of Health Legislation and the Health for All Policy, American Journal of Law and Medicine, 1986, გვ. 246-247

„სახელმწიფოებმა უნდა გააძლიერონ ეროვნული კანონმდებლობა და იმოქმედონ გადაწყვეტად, რომ კანონმდებლობა იყოს ჰარმონიზებული „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ პოლიტიკისათვის. პოლიტიკური ნება და საზოგადოების თანხმობა არის უმთავრესი გარანტია იმისა, რომ კანონმდებლობა იმპლემენტირებულია, მაგრამ კანონმდებლობა ასევე საჭიროა გამოყენებულ იქნეს როგორც ინსტრუმენტი აღნიშნული ნებისა და თანხმობის მისაღებად.“<sup>400</sup> პარალელურად, „ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციები ჯანდაცვის ინდიკატორების შესახებ ასახავს საფეხურს, რომელზეც ადამიანის უფლებათა პრინციპები არის დაცული და შესრულებული.“<sup>401</sup>

### 5.8 ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია

„ევროპული კონვენცია და მისი დამატებითი ოქმები არ შეიცავს ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას, მაგრამ სოციო-ეკონომიკური უფლებები შეიძლება არაპირდაპირ დაკავშირებული იყოს სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების ინტერპრეტაციასთან.“<sup>402</sup>

აგრეთვე, ევროპული კონვენცია გამოსატულად არ აღიარებს უფლებას ჯანსაღ გარემოზე, მაგრამ ზოგიერთ მის საქმეში აღიარებულია - „მე-8 მუხლი ქმნის სახელმწიფოს პოზიტიურ ვალდებულებას დაარეგულიროს და დაიცვას მოსახლეობა გარემოსადმი მავნე აქტივობებისაგან.“<sup>403</sup>

ზოგადად, ადამიანის სოციალურ და ეკონომიკურ უფლებებსა და კონვენციას შორის ურთიერთობა, ადამიანის უფლებათა სასამართლოს მიერ ერთ-ერთ საქმეში<sup>404</sup> იქნა განმარტებული: „თუმცა კონვენცია ძირითად სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებებს აყალიბებს, მრავალი მათგანი სოციალურ და ეკონომიკურ კონტექსტსაც შეიცავს. სასამართლოს მიაჩნია, კომისიის მსგავსად, რომ მხოლოდ ის ფაქტი, რომ კონვენციის განმარტება შეიძლება გავრცელდეს სოციალური და ეკონომიკური უფლებების სფეროზე, არ უნდა იყოს გადაწყვეტი ფაქტორი ამ განმარტების საწინააღმდეგოდ; აქ არ არსებობს რაიმე წყაღამყოფი, რომელიც ამ სფეროს განაცალკევებს კონვენციით მოცული დარგებისაგან.“ ევროპული კონვენციის მე-6 მუხლი, სამართლიანი სასამართლოს უფლება - ძირითადი საპროცესო გარანტიაა.

<sup>400</sup> Pinet G., The WHO European Program of Health Legislation and the Health for All Policy, American Journal of Law and Medicine, 1986, გვ. 247

<sup>401</sup> Gruskin S., Is There a Government in The Cockpit: A Passenger's Perspective on Global Public Health: The Role of Human Rights, Temple Law Review, 2004, გვ.10

<sup>402</sup> Wiles E., Aspirational Principles or Enforceable Rights? The Future for Socio-economic rights in National Law, American university international Law Review, 2006, გვ. 180

<sup>403</sup> Fung M., The Right a Healthy Environment: Core Obligations Under Under Tne International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights, Willamette Journal of International Law & Dispute Resolution, 2006, გვ. 36

<sup>404</sup> ob. Airey v. Ireland, 09/10/1979, Series A, No32, para 26

საქმეებში „ფელდბრუგი ნიდერლანდების წინააღმდეგ“ და „დეუმელანდი გერმანიის წინააღმდეგ“, ევროპულმა სასამართლომ პირველად გადადგა გადამწყვეტი ნაბიჯი სოციალური დახმარების საკითხებში მე-6 მუხლის პირველი პუნქტის დაცვითი მექანიზმის გამოსაყენებლად. ამ საქმეებში ძირითადი როლი შეასრულა იმ გარემოებამ, რომ სახელმწიფოს მიერ დაწესებული შეღავათებში კერძო სამართლის ელემენტები საჯარო სამართლის ელემენტებზე დომინირებდნენ და ამრიგად, უფლება შეღავათის მიღებაზე განხილულ იქნა როგორც „სამოქალაქო“ უფლება.

ფელდბრუგის საქმეში საჩივარი ეხებოდა უფლებას ჯანმრთელობის დაზღვევის შემწეობაზე. მომჩივანს უარი ეთქვა გარკვეული სახის შემწეობის მიღებაზე; ვიდრე სასამართლო დაადგენდა, რომ ადგილი ჰქონდა კონვენციის დებულების დარღვევას, ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოს უნდა დაემტკიცებინა, რომ საქმე ეხებოდა „სამოქალაქო უფლებას“. ამ საქმეში ასევე ხაზი გაესვა საქმის პროცედენტულ მნიშვნელობას - „ვინაიდან ეს არის პირველი საქმე, რომელშიც სასამართლო იხილავს სოციალური უზრუნველყოფის საკითხს, განსაკუთრებით კი ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემის ხარვეზებს ნიდერლანდებში, სასამართლომ უნდა მოახდინოს ისეთი შესაბამისი ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომლებსაც შეუძლიათ ზემოაღნიშნული პრინციპის გავრცობა (სამოქალაქო უფლებების ცნებასთან დაკავშირებით)“. სასამართლომ განიხილა ჯანმრთელობის დაზღვევის შემწეობის საჯარო და კერძოსამართლებრივი ხასიათი ნიდერლანდების სამართლის მიხედვით; ნიდერლანდების სამართლის მიხედვით, აღნიშნული უფლება საჯარო სამართალს განეკუთვნებოდა.<sup>405</sup> სასამართლომ დაასკვნა, რომ კერძოსამართლებრივი ელემენტები დომინირებდნენ და დავა ეხებოდა მე-6 მუხლის პირველი პუნქტით დაცულ სამოქალაქო უფლებას. იგივე არგუმენტი იქნა გამოყენებული დეუმელანდის საქმეში.<sup>406</sup> საქმეში „ვინტერვერპი ნიდერლანდების წინააღმდეგ“<sup>407</sup> სასამართლომ აღნიშნა, „სულიერმა ავადმყოფობამ შეიძლება განაპირობოს აღნიშნული უფლების განხორციელების საშუალების შეზღუდვა ან შეცვლა (მე-6 მუხლის პირველი პუნქტი), მაგრამ მას არ შეუძლია უფლების უშუალო არსის ხელყოფა. რა თქმა უნდა, სპეციალური პროცედურული გარანტიები აუცილებელია, რათა დაცული იქნეს იმ პირთა ინტერესები, რომელთაც სულიერი მდგომარეობის გამო არ შეუძლიათ საკუთარი სახელით მოქმედება.“<sup>408</sup> საქმის „H. v. France“<sup>409</sup> მიხედვით, განმცხადებელმა, 1961 წელს, 4 თვე გაატარა ფსიქიატრიულ კლინიკაში. 1974 წელს, მან სარჩელი შეიტანა საავადმყოფოს ადმინისტრაციის წინააღმდეგ, სადაც მიუთითა, რომ მას აღენიშნება ჯანმრთელობის სერიოზული დაზიანებები, რომლებიც მას დაემართა კლინიკაში მკურნალობისას. განმცხადებელმა ასევე მოითხოვა

<sup>405</sup> იხ. Feldbrugge v. The Netherlands, 07/27/1987, Series A, no.124 A, para 16, 17.

<sup>406</sup> იხ. Deumeland v. Germany, 12/10/1984, Series A, no.100, para 62-74

<sup>407</sup> იხ. Winterwerp v. Netherlands, 10/24/1979, Series A, no.033

<sup>408</sup> იხ. იქვე, para 60

<sup>409</sup> იხ. H. v. France, 24/10/1989, Series A, no. 162 A

ექსპერტის დანიშვნა. 1978 წელს, სტრასბურგის ადმინისტრაციულმა სასამართლომ არ განიხილა სარჩელი, ხოლო 1981 წელს, სახელმწიფო საბჭომ ასევე არ განიხილა აპელაცია. ევროპული სასამართლოსადმი წარდგენილ სარჩელში აპლიკანტმა მიუთითა, რომ ადმინისტრაციულმა სასამართლოებმა არ განიხილეს მისი სარჩელი გონივრულ ვადაში, არ დაუნიშნეს ექსპერტი და არ ჩატარდა რუტინული მოკვლევა მის საქმესთან დაკავშირებით, რის გამოც დაირღვა სამართლიანი სასამართლოს უფლება. სასამართლომ მიიღო გადაწყვეტილება, რომ ვადები იყო გადაჭარბებული და სახელმწიფომ არ უზრუნველყო მტკიცებულება სიტუაციის ერთჯერადობის შესახებ.

სასამართლომ მითითება გააკეთა ზემოთაღნიშნულ საქმეებზე, ასევე სხვა საქმეებზე და შემდგომ პერიოდში, საქმეში „სალესი იტალიის წინააღმდეგ“, აღნიშნა - „ყველა შემთხვევაში, ამ გადაწყვეტილებების წყალობით, ბიძგი მიეცა სამართლის განვითარებას და თანასწორი მოპყრობის პრინციპიდან გამომდინარე, დღეისათვის მოქმედი ზოგადი წესით, მე-6 მუხლის პირველი პუნქტი გამოიყენება სოციალური დაზღვევის სფეროში.“<sup>410</sup>

საქმეში „ფადეევა რუსეთის წინააღმდეგ“,<sup>411</sup> ჩანს, რომ განმცხადებელი ცხოვრობდა ზონაში, რომელიც წარმოადგენდა ბუფერს მეტალურგიულ ქარხანასა და ქალაქს შორის; ამ ზონაში, მათ გარდა, ცხოვრობდა ათასობით ადამიანი; ამ ნაწილში, კონკრეტული დამაბინძურებელი ნივთიერებების კონცენტრაცია 20-50-ჯერ მეტი იყო ზღვრულ დასაშვებ კოეფიციენტზე. განმცხადებელი აღნიშნავდა, რომ ზონაში ბუნებრივი გარემოს მდგომარეობა ადამიანებისათვის მავნე იყო და იქ ცხოვრება პოტენციურ საფრთხეს უქმნიდა მათ ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს. შეჯამების სახით, სასამართლომ დაასკვნა: „სახელმწიფომ გასცა ნებართვა, დამაბინძურებელ საწარმოს საქმიანობა ეწარმოებინა მჭიდროდ დასახლებულ შუა ქალაქში და მისგან გამოყოფილი ტოქსიკური ემისიები საფრთხეს უქმნიდნენ ადამიანების ჯანმრთელობას... მოპასუხე სახელმწიფოს განკარგულებაში არსებული ფართო დისკრეციის მიუხედავად, სახელმწიფომ ვერ დაიცვა სამართლიანი წონასწორობა საზოგადოების ინტერესებსა და განმცხადებლის მიერ მისი საცხოვრებლის და პირადი ცხოვრების პატივისცემის უფლების განხორციელებას შორის. აქედან გამომდინარე, დაირღვა მე-8 მუხლი.“<sup>412</sup>

საქმეში „ლოპეზ ოსტრა ესპანეთის წინააღმდეგ“,<sup>413</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ დაადგინა, რომ გარემოს სერიოზული დაბინძურება, რომელმაც გამოიწვია ჯანმრთელობის გაუარესება, წარმოადგენს მე-8 მუხლით დაცული პირადი და საოჯახო ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლების დარღვევას. ამავე მუხლის დარღვევა დადგინდა

<sup>410</sup> იხ. Salesi v. Italy, 02/26/1993, Series A, no.257E, para 18

<sup>411</sup> იხ. Fadeyeva v. Russia, 06/09/2005, განაცხადი №55723/00

<sup>412</sup> იხ. იქვე, para 132-134

<sup>413</sup> იხ. Lopez Ostra v. Spain, 12/09/1994, Series A, no.303C

საქმეში „გუერა იტალიის წინააღმდეგ“<sup>414</sup> როდესაც ხელისუფლების ორგანოები აჭიანურებდნენ სასუქების ქარხნის დახურვას, რომელიც ტოქსიკურ გამონაბოლქვს გამოყოფდა (სახელმწიფო არ ასრულებდა მე-8 მუხლით დათვალისწინებულ პოზიტიურ ვალდებულებას).

აღსანიშნავია, რომ სარჩელი საქმეზე „ლოპეზ ოსტრა იტალიის წინააღმდეგ“, კომისიამ დასაშვებად მიიჩნია მე-3 მუხლის საფუძველზე მიუხედავად იმისა, რომ არ დადგინდა მე-3 მუხლის დარღვევა, მნიშვნელოვანია, რომ მე-3 მუხლი შესაძლებელია გამოიყენებოდეს მაშინაც, თუ საქმე ტრადიციულად წამებასთან არ არის დაკავშირებული.

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა კომისიამ იმსჯელა, თუ „რამდენად წარმოადგენდა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-2 მუხლის დარღვევას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაბალი ხარისხი, რომელმაც გამოიწვია პაციენტის გარდაცვალება - კომისია არ გამორიცხავს, რომ სერიოზულ დაავადებათა არასათანადო მკურნალობა, გარკვეული გარემოებების დროს, შეფასებულ იქნება როგორც მე-3 მუხლის დარღვევა.“<sup>415</sup>

მე-3 მუხლის დარღვევას უკავშირდება ჯანმრთელობის უფლების დარღვევა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში. ჯანმრთელობაზე ზრუნვის არაადეკვატურმა დონემ შესაძლოა სწრაფად შექმნას სიტუაცია, რომელიც „არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის“ ტერმინის ფარგლებში ხვდება.<sup>416</sup> საქმეში „დავთაძე საქართველოს წინააღმდეგ“<sup>417</sup> სასამართლო აკეთებს შემდეგ შეფასებას: „სასამართლო შეახსენებს, რომ კონვენციის მე-3 მუხლი გაგებულ უნდა იქნეს, როგორც კონვენციის ერთ-ერთი უმთავრესი დებულება და დემოკრატიული ღირებულებების ერთ-ერთი უმთავრესი კომპონენტი, რომლებიც ევროპის საბჭოს განუყოფელი ნაწილებს წარმოადგენს და კონვენციის სხვა დებულებებისაგან განსხვავებით, მე-3 მუხლი აბსოლუტური მნიშვნელობისაა და არ ითვალისწინებს არავითარ გამონაკლისს ან პირობას, ხოლო კონვენციის მე-15 მუხლის თანახმად, ის არ ექვემდებარება არავითარ გადახვევას. მე-3 მუხლის მფარველობის ქვეშ მოსახვედრად, მოპყრობამ უნდა მიაღწიოს „ტანჯვის მინიმალურ ზღვარს“. ამ მინიმუმის შეფასება დამოკიდებულია კონკრეტული საქმის გარემოებებზე, მოპყრობის კონტექსტსა და ხასიათზე, ასევე მის ხანგრძლივობაზე, მის მიერ გამოწვეულ ფიზიკურ და მენტალურ შედეგებზე და ზოგიერთ შემთხვევაში, მსხვერპლის სქესზე, ასაკსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. რაც

<sup>414</sup> იხ. Guerra and others v. Italy, 02/19/1998, 1998-I, no.64

<sup>415</sup> შეინინი მ., ეკონომიკური და სოციალური უფლებები, როგორც სამართლებრივი უფლებები. In: ვიდე ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 55

<sup>416</sup> წამების საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის მე-3 ზოგადი კომენტარი.

<sup>417</sup> იხ. ასევე გადაწყვეტილებები საქმეებზე პოლოსიანი საქართველოს წინააღმდეგ, 02/24/2009, განაცხადი №9870/07, Kudla v. Poland, 10/26/2000, განაცხადი №30210/96, Mouisel v. France, 11/14/2002, განაცხადი №67263/01, Ilhan v. Turkey, 11/09/2004, განაცხადი №22494/93, Naumenko v. Ukraine, 11/09/2004, განაცხადი №41984/98, Zakharin v. Russia,

შეეხება თავისუფლებადკვეთილ პირებს, კონვენციის მე-3 მუხლი სახელმწიფოს აკისრებს პოზიტიურ ვალდებულებას, უზუნველყოს, რომ თითოეული პატიმარი იმყოფებოდეს მისი ადამიანური ღირსების პატივისცემის პირობებში, რომ სასჯელის აღსრულებამ არ გამოიწვიოს განსაცდელი ან ტანჯვა, რომლის ინტენსივობაც გადააჭარბებს პატიმრობის თანმდევ, გარდაუვალ ტანჯვას და რომ პატიმრობის პირობებში ადეკვატურად იქნეს უზრუნველყოფილი პატიმრის ჯანმრთელობა, კერძოდ შესაბამისი მედიკამენტების მიწოდებით. ამრიგად, არასაკმარისი მედიკამენტოზური მკურნალობა და ზოგადად, ავადმყოფის ყოფნა არაადეკვატურ საპატიმრო პირობებში, წარმოადგენს კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევას.<sup>418</sup>

არასაკმარისი ადეკვატური სამედიცინო მკურნალობა დადგინდა საქმეში – „კინანი გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ“, რომელიც სულიერად ავადმყოფ პიროვნებას ეხებოდა. სასამართლომ დაადგინა, რომ დაზარალებულის სეგრეგაცია სხვა პატიმრებისაგან, და ის ფაქტი, რომ ბ-ნ კინანს არ მიეცა ფსიქიატრთან მისვლის საშუალება, ასევე სამედიცინო ჩანაწერების ნაკლებობა, არღვევდა კონვენციის მე-3 მუხლს.<sup>419</sup> „ადეკვატური სამედიცინო მკურნალობის არ ან არასათანადო დონეზე არსებობა იწვევს ადამიანის ჯანმრთელობის გაუარესებას და ხშირად მათ სიკვდილსაც კი. ევროპული სასამართლოს პრეცედენტული სამართლის თანახმად, სახელმწიფოს აკისრია თითქმის აბსოლუტური ვალდებულება, პატიმრობისას უზრუნველყოს პირის ჯანდაცვა და საჭიროების შემთხვევაში მისი მკურნალობა.“<sup>420</sup>

საქმის – „ენორნი შვედეთის წინააღმდეგ“,<sup>421</sup> ფაქტობრივი გარემოებების მიხედვით, განმცხადებელი დაავადებული იყო აივ ინფექცია/შიდსით. იმის გამო, რომ მან დაავადა სხვა ადამიანი, 1995 წელს, შვედეთის ადმინისტრაციულმა სასამართლომ მიუსაჯა იძულებითი იზოლაცია 3 თვით, რათა ხელი შეეშალა ინფექციის შემდგომი გავრცელებისათვის. იზოლაცია ყოველ 6 თვეში ერთხელ განახლებას ექვემდებარებოდა და ბოლოს, 2002 წელს, შვედეთის შესაბამისი კომპეტენტური სამსახურის შეფასების საფუძველზე, საჭიროდ აღარ მიიჩნიეს პირის შემდგომი იზოლაცია. ევროპული სასამართლოსადმი აპლიკანტის სარჩელში აღნიშნული იყო, რომ პაციენტის იძულებითი იზოლაცია არღვევს კონვენციის მე-5 მუხლს. „ინფექციური დაავადებების გავრცელების პრევენციის გამო პირის კანონიერი დაკავება“ გამართლებულია მაშინ, თუ დაავადების გავრცელება საშიშია საზოგადოების უსაფრთხოებისათვის, თანაც იმ შემთხვევაში, თუ არ არსებობს სხვა უფრო დამზოგავი ზომა. ამ კონკრეტული

<sup>418</sup> იხ. დავთაძე საქართველოს წინააღმდეგ, პარა. 74-76.

<sup>419</sup> ბონაშვილი ბ., ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-2 და მე-3 მუხლებით გათვალისწინებული პოზიტიური ვალდებულებები – პრეცედენტული სამართლით დადგენილი უახლესი სტანდარტები, In: ადამიანის უფლებათა დაცვის თანამედროვე გამოწვევები, თბილისი, 2009, გვ.84-85

<sup>420</sup> იხ. იქვე, გვ.72

<sup>421</sup> იხ. Enhorn v. Sweden, 25/01/2005, განაცხადი №56529/00

შემთხვევისათვის სასამართლომ დაადგინა, რომ საზოგადოებრივი ინტერესის დასაცავად ხელისუფლებას შეეძლო გამოეყენებინა სხვა ზომა და არა პირის იძულებითი იზოლაცია; საჭირო იყო სამართლიანი ბალანსის დაცვა აივ ინფექციის გავრცელების ხელისშეშლასა და განმცხადებლის თავისუფლების უფლებას შორის. შესაბამისად, სასამართლომ დაადგინა ევროპული კონვენციის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის დარღვევა.

„ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლო აღიარებს რამდენიმე დაუწერელ პოზიტიურ უფლებას, მაგრამ არცერთი ეს გადაწყვეტილება არ ეხება უშუალოდ ჯანმრთელობის უფლებას. სასამართლომ არ აღიარა უფლება არსებობის მინიმუმის შესახებ, მაგრამ დაადგინა, რომ სიცოცხლის უფლება და წამებისა და არაპუნდური მოპყრობის აკრძალვა აკისრებს პოზიტიურ ვალდებულებას ქვეყნებს ჯანმრთელობის შესაძლო ზიანისაგან პრევენციას.“<sup>422</sup>

და ბოლოს, ევროპული კონვენციის მე-2 მუხლი (სიცოცხლის უფლება) წარმოადგენს ევროპის საბჭოს წევრი ქვეყნების მიერ აღიარებულ უზენაეს ღირებულებას. „ამ უფლების ერთ-ერთი ასპექტია, რომ სახელმწიფო ვალდებულია მიიღოს ზომები სიცოცხლის დასაცავად, კერძოდ სიცოცხლის მოსპობის თავიდან ასაცილებლად (ასევე სხვა პოზიტიური ვალდებულებები, რომლებიც გულისხმობს პოზიტიური ზომების მიღებას). მეორე მუხლიდან გამომდინარე მოთხოვნები მოიცავს საკითხთა ფართო წრეს, მათ შორის უფლებას სათანადო დონის სამედიცინო მომსახურებაზე. თუმცა ჯანდაცვის სისტემის ყველა ხარისხი არ გამოიწვევს მე-2 მუხლის დარღვევას. სახელმწიფოებს ფართო დისკრეცია გააჩნიათ ჯანდაცვის სისტემის მოწყობასა და ფუნქციონირებაში იმ სირთულის გათვალისწინებით, რაც სახელმწიფოს შეზღუდულ რესურსებთანაა დაკავშირებული.“<sup>423</sup>

საქმეში „ასოციაცია X გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ“<sup>424</sup>, განმცხადებლები ჩიოდნენ, რომ სახელმწიფო ჯანდაცვის სამსახურების მიერ ვაქცინაციის სქემის ადმინისტრირება, რამაც რამდენიმე ბავშვის სიკვდილი გამოიწვია, მე-2 მუხლის დარღვევას წარმოადგენდა. ომისიამ, წარმოდგენილი ფაქტების საფუძველზე, არ დაადგინა მე-2 მუხლის დარღვევა, მაგრამ აღიარა, რომ სახელმწიფოს გააჩნია გარკვეული ვალდებულებები სამედიცინო მკურნალობასთან დაკავშირებით მე-2 მუხლიდან გამომდინარე და განაცხადა, რომ მე-2 მუხლი “სახელმწიფოს ავალდებულებს არა მხოლოდ თავი შეიკავოს სიცოცხლის განზრახ ხელყოფისაგან, არამედ მიიღოს შესაბამისი ზომები სიცოცხლის დასაცავად.”

<sup>422</sup> Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002, გვ. 367

<sup>423</sup> მერდოქი ჯ., სტრაისტეანუ დ., ვედერნიკოვა დ., სიცოცხლის უფლება ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის თანახმად, თბილისი, 2009, გვ. 79

<sup>424</sup> Association X v United Kingdom, 12/07/1978, განაცხადი №7154/75



მე-2 მუხლი მოითხოვს, რომ „საავადმყოფოებს გააჩნდეთ პაციენტთა სიცოცხლის დასაცავად შესაბამისი რეგულაციები. გარდა ამისა, სახელმწიფოს ასევე აქვს ვალდებულება “ჩამოაყალიბოს ეფექტური სამართლებრივი სისტემა, რომლის საშუალებითაც დადგინდება საავადმყოფოში პირის გარდაცვალების მიზეზი და დადგება შესაბამის ექიმთა პასუხისმგებლობის საკითხი” („ერიკსონი იტალიის წინააღმდეგ“<sup>425</sup>). ცხადია, რომ ეს პრინციპები თანაბრად ვრცელდება როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ჯანდაცვის სექტორებზე.“<sup>426</sup>

საქმეში „კალველი და ჩილიო იტალიის წინააღმდეგ“<sup>427</sup> განმცხადებლები ჩიოდნენ, რომ კერძო კლინიკამ არსებული ინფორმაციის, კერძოდ, დედის ჯანმრთელობისა და სამედიცინო ისტორიის საფუძველზე, არ მიიღო შესაბამისი ზომები, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა ბავშვის გადარჩენის შანსი. გაუფრთხილებელი სიცოცხლის მოსპობის გამო სისხლის სამართლებრივი დევნის დაწყება უკვე შეუძლებელი იყო ხანდაზმულობის გამო, მაგრამ ექიმის წინააღმდეგ დაიწყო სამოქალაქო სამართალწარმოება და მორიგებით დასრულდა, რამაც სასამართლოს საშუალება მისცა დაედგინა, რომ მე-2 მუხლის დარღვევას ადგილი არ ჰქონია. სასამართლომ გაიმეორა, რომ მე-2 მუხლი ავალდებულებს სახელმწიფოს არამარტო თავი შეიკავოს სიცოცხლის “განზრახ” ხელყოფისაგან, არამედ ასევე მიიღოს შესაბამისი ზომები მისი იურისდიქციის ქვეშ მყოფი პირების სიცოცხლის დასაცავად. „სახელმწიფო ჯანდაცვის სფეროში ეს პოზიტიური ვალდებულებები სახელმწიფოსგან მოითხოვს შესაბამისი რეგულაციების მიღებას, რომლებიც დაავალდებულებს სახელმწიფო თუ კერძო კლინიკებს მიიღონ სათანადო ზომები პაციენტთა სიცოცხლის დასაცავად. ეს ვალდებულება ასევე მოითხოვს ეფექტური, დამოუკიდებელი სასამართლო სისტემის შექმნას, რომელიც გამოიკვლევს პაციენტის სიკვდილის მიზეზს და დამნაშავე პირს შესაბამის სანქციას დააკისრებს როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო სექტორში. თუმცა, სასამართლომ მიიჩნია, რომ მე-2 მუხლი არ ითვალისწინებს მესამე პირების წინააღმდეგ სისხლის სამართლებრივი დევნის დაწყების უფლებას, თუ სიკვდილი გაუფრთხილებლობით დადგა. ასეთ შემთხვევაში, სამოქალაქო სამართლებრივი დაცვის საშუალება, რომელიც გაითვალისწინებს პასუხისმგებლობის და კომპენსაციის საკითხს, დააკმაყოფილებს მე-2 მუხლის მოთხოვნებს, თუკი ეს მექანიზმი ნამდვილად ეფექტური იქნება.“<sup>428</sup>

ისეთმა შემთხვევებმა, როცა ცუდი ან არასათანადო სამედიცინო მზრუნველობის შედეგად სიკვდილი დადგა, შეიძლება ასევე გამოიწვიოს მე-2 მუხლის დარღვევა; მაგრამ სასამართლომ ნათლად განმარტა მის გადაწყვეტილებაში საქმეზე „პენტიაკოვა და სხვები მოლდოვეთის

<sup>425</sup> Erikson v Italy, 26/10/1999, განაცხადი №37900/97

<sup>426</sup> მერლოქი ჯ., სტრაისტეანუ დ., ვედერნიკოვა დ., სიცოცხლის უფლება ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის თანახმად, თბილისი, 2009, გვ. 80

<sup>427</sup> Calvelli and Ciglio v Italy, 17/05/2002, განაცხადი # 32967/

<sup>428</sup> მერლოქი ჯ., სტრაისტეანუ დ., ვედერნიკოვა დ., სიცოცხლის უფლება ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის თანახმად, თბილისი, 2009, გვ. 80

წინააღმდეგ<sup>429</sup> რომ მწირი სამედიცინო მომსახურება არაა ის სფერო, რომელშიც საერთაშორისო ტრიბუნალი ხალხისთვის ჩაერევა. ამ საქმეში, თირემლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებული განმცხადებლები ჩიოდნენ, რომ წლების განმავლობაში მოკლებულნი იყვნენ სათანადო დონის სამედიცინო მკურნალობას; მაგრამ სასამართლომ დაადგინა, რომ განმცხადებლებს ხელი მიუწვდებოდათ სტანდარტულ სამედიცინო მომსახურებაზე ახლახანს მომხდარ რეფორმებამდე და სრულ სამედიცინო მომსახურებაზე რეფორმების შემდგომ. იმის გათვალისწინებით, რომ სახელმწიფოს ფართო დისკრეცია გააჩნია შეზღუდული სახელმწიფო რესურსების გადანაწილებასთან დაკავშირებით, სასამართლომ დაადგინა, რომ სახელმწიფოს არ დაურღვევია ამ დებულებით გათვალისწინებული მისი პოზიტიური ვალდებულება.

„სამედიცინო მკურნალობის საკითხები წამოიჭრება ასევე იმ პირებთან მიმართებაში, რომლებიც მძიმე დაავადებებით არიან დაავადებულნი და ითხოვენ, რომ არ იქნენ გადაყვანილნი იმ ქვეყანაში, სადაც სათანადო სამედიცინო დახმარება სავარაუდოდ არ იქნება ხელმისაწვდომი და ასევე მოშიმშილე პატიმრების იძულებითი კვების კონტექსტში.“<sup>430</sup>

თუმცა მე-2 მუხლი გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა სიკვდილი მართლაც დადგა: საქმეში „ანგელოვა ბულგარეთის წინააღმდეგ“<sup>431</sup> სასამართლომ განიხილა პოლიციის ოფიცრების მიერ დაკავებული პირისათვის სამედიცინო დახმარების დაყოვნების საკითხი. როცა მიხვდნენ, რომ მსხვერპლის მდგომარეობა უარესდებოდა, იმის მაგივრად, რომ სასწრაფო გამოეძახებინათ, პოლიციელები თავიანთ კოლეგებს დაუკავშირდნენ, რომლებმაც ბიჭი დააპატიმრეს. პოლიციელები, რომლებიც იმ მომენტში პატრულირებდნენ, განყოფილებაში დაბრუნდნენ ვითარების გადასამოწმებლად. ერთ-ერთი თანამშრომელი საავადმყოფოში წავიდა და სასწრაფო დახმარება მოიყვანა იმის მაგივრად, რომ პირდაპირ სასწრაფო გამოეძახებინა. ამან დაახლოებით ორი საათით დააყოვნა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, რამაც გადამწყვეტი როლი ითამაშა სასიკვდილო შედეგის დადგომაში. შესაბამისად სასამართლომ დაადგინა, რომ ადგილი ჰქონდა მე-2 მუხლის დარღვევას.<sup>432</sup>

<sup>429</sup> Pentiakova and others v Moldova, 04/01/2005, განაცხადი №14462/03

<sup>430</sup> მერდოქი ჯ., სტრაისტეანუ დ., ვედერნიკოვა დ., სიცოცხლის უფლება ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის თანახმად, თბილისი, 2009, გვ. 80

<sup>431</sup> Anguelova v Bulgaria, 13/07/2002, განაცხადი №38361/97

<sup>432</sup> მერდოქი ჯ., სტრაისტეანუ დ., ვედერნიკოვა დ., სიცოცხლის უფლება ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის თანახმად, თბილისი, 2009, გვ. 81

## VI. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და მომიჯნავე უფლებები

ჯანმრთელობის უფლება მჭიდროდაა დაკავშირებული და დამოკიდებული უფლებების საერთაშორისო ბილით გათვალისწინებულ ადამიანის სხვა უფლებებთან, მათ შორის სათანადო კვების, საცხოვრებლის, შრომის, განათლების, ღირსების, სიცოცხლის, დისკრიმინაციის დაუშვებლობის, თანასწორობის, წამების აკრძალვის, პირადი ცხოვრების, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უფლებები, აგრეთვე გაერთიანების, შეკრების და გადაადგილების თავისუფლების უფლებები.<sup>433</sup> უფლებათა ამგვარი ურთიერთდამოკიდებულება შეიძლება გაგრძელდეს ეროვნულ კანონმდებლობებზეც, მაგალითად, საქართველოს კონსტიტუციაში დაცულია თითქმის ყველა ეს უფლება.

ზოგადად, ადამიანის უფლებები ემყარება თავისუფლების, თანასწორობისა და ღირსების პრინციპებს. თანასწორობის პრინციპის დარღვევად მიიჩნევა ადამიანთა რაიმე ნიშნით დისკრიმინაცია. თანასწორობის პრინციპის მიზანი კი „გაჭირვებულთა და ღარიბთა, აგრეთვე სხვაგვარად დისკრიმინირებულთა სიტუაციის გაუმჯობესებაა და არა კარგად მცხოვრებთა უარეს მდგომარეობაში ჩაყენება. თავისუფლებისა და თანასწორობის ელემენტარული მოთხოვნა სწორედ ადამიანთა ღირსეული ცხოვრება და მათი ღირსების დაცვაა. ღირსეული ცხოვრებისათვის კი აუცილებელია საარსებო მინიმუმისა და სხვა სოციალური პირობების უზრუნველყოფა.“<sup>434</sup>

დისკრიმინაცია არის „ვალდებულების მატარებლის“ – სახელმწიფოს მიერ ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული ვალდებულებების შეუსრულებლობა. დისკრიმინაცია ფიქსირდება იმ შემთხვევებში, როდესაც ადამიანებს უთანასწოროდ ეპყრობა სახელმწიფო და არათანაბარ პირობებში აყენებს მათ. „დისკრიმინაცია ხშირად გამოწვეულია სოციალური უთანასწორობით და არ იძლევა თანაბარი შესაძლებლობების საშუალებას. დისკრიმინაცია მრავალი ნიშნით არსებობს და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მისგან დაცვაზე მოიცავს კანონის წინაშე თანაბარი დაცვის უზრუნველყოფას, მათ შორის საცხოვრებლის, სამუშაოს და ჯანდაცვის მომსახურების თვალსაზრისით. დისკრიმინაციის აკრძალვა არ მოიაზრებს, რომ განსხვავებული მოპყრობა არ არსებობდეს, მაგრამ ის უნდა ეყრდნობოდეს ობიექტურ და გონივრულ კრიტერიუმებს. მიუხედავად იმისა, რომ საერთაშორისო სამართლის დოკუმენტებში არ არის გამოხატული აკრძალული ჯანდაცვის სტატუსის მიხედვით დისკრიმინაცია, გაეროს ადამიანის უფლებების კომისიამ დაადგინა, რომ

<sup>433</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია, 2000)

<sup>434</sup> კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003წ., გვ 322

„ყველა არის თანასწორი კანონის წინაშე და თანაბრად დაცული კანონით დისკრიმინაციისა და მისი გამომწვევებისაგან მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით.“<sup>435</sup>

იგივე პრინციპი დაცულია საქართველოს კონსტიტუციაში. „საქართველოს კონსტიტუციის მე-14 მუხლის ძირითადი არსი „კანონის წინაშე ადამიანთა თანასწორობაა“, რაც უპირველესად ნიშნავს „თანაბარ უფლებას ყველასათვის.“<sup>436</sup> „ამდენად, მე-14 მუხლით გათვალისწინებული ადამიანთა თანასწორობა ტოტალურ თანასწორობას კი არ ნიშნავს, არამედ კრძალავს უსაფუძვლო დიფერენცირებას. სახელმწიფოს ეკრძალება, მნიშვნელოვნად თანასწორს თვითნებურად უთანასწოროდ და მნიშვნელოვნად უთანასწოროს თვითნებურად თანასწორად მოეპყროს,“<sup>437</sup> რაც ცალსახად ნიშნავს დისკრიმინაციის აკრძალვის ასახვას საქართველოს კონსტიტუციით და ეხება ყველა ადამიანს და ყველა უფლებას, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასაც.

## 6.1 ჯანმრთელობის უფლება და სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებები

პოლიტიკური და სამოქალაქო უფლებების საერთაშორისო პაქტი არ შეიცავს ჯანმრთელობის უფლებას, მაგრამ შეიცავს უფლებებს, რომლებიც გავლენას ახდენს მასზე, მაგალითად, სიცოცხლის უფლება, წამებისაგან თავისუფლება, პატიმრებისადმი ჰუმანური დამოკიდებულება, სინდისისა და რელიგიის თავისუფლება და ინფორმაციის მოძიების, მიღებისა და გაცემის თავისუფლება. „ყველა ეს უფლება ეხმარება ინდივიდს ისარგებლოს ჯანმრთელობის უფლებით, მაგრამ ჯანმრთელობის უფლება არ არის ამ უფლებებში, ან არ არის შებოჭილი ამ უფლებებით; მაგ. სინდისის თავისუფლება მომიჯნავეა ფსიქიური ჯანმრთელობისა.“<sup>438</sup>

ადამიანის ღირსება ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი და იმავდროულად აბსოლუტური ძირითადი უფლებაა. საქართველოს კონსტიტუციის მიხედვით, „ადამიანის პატივი და ღირსება ხელშეუვალია.“<sup>439</sup> „ღირსების ძირითადი უფლება სახელმწიფოსაგან მოითხოვს ადამიანის ღირსეულად ცხოვრებისათვის აუცილებელი მინიმალური და მატერიალური პირობების

<sup>435</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.11-12

<sup>436</sup> კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003წ., გვ.320

<sup>437</sup> იხ. იქვე, გვ.321

<sup>438</sup> Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, გვ. 48

<sup>439</sup> საქართველოს კონსტიტუციის მე-17 მუხლის პირველი პუნქტი

შექმნას. აქ იგულისხმება როგორც ქვეყნის საზოგადოებრივი, ისე სოციალური სისტემა.<sup>440</sup> შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება მომიჯნავეა უფლებისა ადამიანის ღირსებაზე და სახელმწიფოსაგან აქტიურ ქმედებას მოითხოვს ჯანდაცვის მომსახურების მინიმალური სტანდარტის არსებობისათვის, რათა უზრუნველყოს ადამიანთა ღირსეული ცხოვრება. ასევე, „ღირსების უფლება ირღვევა, თუ ინდივიდის მიმართ, სოციალური და სამართლებრივი სახელმწიფოს პრინციპიდან გამომდინარე, ხდება პასუხისმგებლობის მასობრივი უარყოფა და ადამიანის გენებზე კანონსაწინააღმდეგო კვლევების ჩატარება“,<sup>441</sup> რაც პირდაპირ კავშირშია ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განხორციელებასთან.

საქართველოს კონსტიტუციის მე-17 მუხლის მეორე პუნქტი<sup>442</sup> (წამების აკრძალვა) შეიძლება განიმარტოს, როგორც ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლება, რომელიც ასევე კავშირშია ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან. მეტიც, ფიზიკური ხელშეუხებლობის ძირითადი უფლება კრძალავს სახელმწიფოს მხრიდან ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ხელყოფას. იგი იცავს ადამიანს „ნებისმიერი სახის ზემოქმედებისაგან, რომელიც ტკივილს იწვევს და ამით უტოლდება ფიზიკურ დაზიანებას.“<sup>443</sup> მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის უფლება ადამიანის ინდივიდუალური უფლებაა, ამ უფლებამ შეიძლება სახელმწიფოსაგან მოითხოვოს ზომების მიღება მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით, მაგალითად, საყოველთაო იმუნიზაციის პროგრამები ან სამედიცინო შემოწმება გარკვეული სახის ავთვისებიანი სიმსივნეების პროფილაქტიკის მიზნით. შესაძლოა არსებობდეს გარკვეული წინააღმდეგობა სახელმწიფოს მიერ განხორციელებულ ამგვარ ღონისძიებებსა და პირთა სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებებს შორის – განსაკუთრებით ფიზიკური ხელშეუხებლობისა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლებების თვალსაზრისით. დგება საკითხი, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ინდივიდუალური პირის, თუ ფართო საზოგადოების ინტერესს (აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების პრევენცია, იმუნიზაცია).

სახელმწიფოს აქვს ჯანმრთელობის უფლების დაცვის ვალდებულება. მის მიერ გატარებული ღონისძიებები არ უნდა იყოს ისეთი მასშტაბის, რომ სხვათა უფლებები შელახოს (მაგალითად, უფლება ფიზიკურ ხელშეუხებლობაზე და იმ ადამიანთა პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლება, რომლებიც დაავადებულნი არიან გარკვეული ინფექციური დაავადებებით). „თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში დაცული უნდა იყოს ბალანსი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვასა და პიროვნების ინტერესებს შორის. ამ თვალსაზრისით უნდა აღინიშნოს, რომ

<sup>440</sup> კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003წ., გვ.87-88

<sup>441</sup> იხ. იქვე, გვ.91

<sup>442</sup> დაუშვებელია ადამიანის წამება, არაჰუმანური, სასტიკი ან პატივისა და ღირსების შემლახველი მოპყრობა და სასჯელის გამოყენება.

<sup>443</sup> კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003 წ., გვ.91

ჯანმრთელობის უფლება თავისი არსით ინდივიდუალურია და არა საზოგადოებრივი ხასიათისა.<sup>444</sup> საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს მიერ „ჯერ არ არის გარკვეული საკითხი, შეესაბამება თუ არა ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილ განსაზღვრებას, რომლის მიხედვითაც, ჯანმრთელობა არის „ადამიანის სრულყოფილი ფიზიკური, სულიერი და სოციალური არსებობა“ და არა მხოლოდ ავადმყოფობისა და დაზიანებებისაგან თავისუფალი ყოფნა.“<sup>445</sup>

სიცოცხლის უფლება ფუნდამენტური უფლებაა და ამ უფლების განხორციელება მნიშვნელოვანია ყველა დანარჩენი უფლების იმპლემენტაციისათვის. თუ ის დაცული არ არის, ყველა დანარჩენი უფლება აზრს კარგავს. რეალურად, სიცოცხლის ფუნდამენტური უფლება გულისხმობს არამარტო ადამიანის სიცოცხლის თვითნებურად წართმევის აკრძალვას, არამედ უფლებას - ყველას ჰქონდეს წვდომა იმ პირობებისადმი, რომლებიც უზრუნველყოფენ პიროვნების ღირსეულ არსებობას. „სიცოცხლის უფლება მიეკუთვნება უხეზავს სამართლებრივ ღირებულებებს. მიუხედავად იმისა, რომ მეცნიერთა უმრავლესობის აზრით, უმნიშვნელოვანესი ძირითადი უფლება ადამიანის ღირსებაა, იგი წარმოდგენელია სიცოცხლის უფლების გარეშე, რომელიც ადამიანის ღირსების არსებითი ელემენტი და ყველა დანარჩენი უფლების „სასიცოცხლო“ წინაპირობაა.“<sup>446</sup>

სიცოცხლის უფლება, როგორც უკვე აღინიშნა, კრძალავს სიცოცხლის თვითნებურად წართმევას, „მაგრამ ეს არის შეზღუდული განმარტება. ადამიანის უფლებათა კომიტეტის განმარტებით, სიცოცხლის უფლება, „სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-6 მუხლის მიხედვით, არ უნდა იქნეს გაგებული შეზღუდული წესით და ამ უფლების დაცვას უნდა უზრუნველყოფდეს სახელმწიფო პოზიტიური ზომების მიღებით. ამასთან დაკავშირებით, გაეროს ადამიანის უფლებათა კომიტეტი ფიქრობს, რომ სახელმწიფოებმა სასურველია გაატარონ ყველა საჭირო ზომა ბავშვთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად და სიცოცხლის ხანგრძლივობის გასაზრდელად, განსაკუთრებით არასათანადო კვებისა და ეპიდემიების წინააღმდეგ.“<sup>447</sup>

ასევე, „ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის“ მე-3 მუხლის მიხედვით - „ყველას აქვს სიცოცხლის უფლება...“. ამდენად, პირდაპირი აღიარების არარსებობა ჯანმრთელობის უფლებისა, როგორც ეს

<sup>444</sup> ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები, გვ. 223  
<sup>445</sup> კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003წ., გვ.129  
<sup>446</sup> იხ. იქვე, გვ.124  
<sup>447</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 486-487

„ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების“ საერთაშორისო პაქტშია მოცემული, შეიძლება დასაბუთდეს იმით, რომ სიცოცხლის უფლება გარკვეულწილად მოიაზრებს ჯანმრთელობის უფლებას „ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დეკლარაციის“ მე-3 მუხლში. ამიტომ, „სახელმწიფოებს, რომელთაც ჯერ არ მოუხდენიათ იმგვარი ხელშეკრულებების რატიფიცირება, სადაც არის გამოხატულად აღიარებული „ჯანმრთელობის უფლება“, მაინც აქვთ ვალდებულებები ამ უფლებასთან დაკავშირებით სიცოცხლის უფლების აღიარების გამო.“<sup>448</sup>

სიცოცხლის ძირითად უფლებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ორსულობის შეწყვეტის სამართლებრივი მოწესრიგების საკითხში. „საკითხი პრობლემურია იმდენად, რამდენადაც აქ ნაყოფის სიცოცხლის უფლება ქალის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის ასევე ძირითად უფლებას უპირისპირდება.“<sup>449</sup> ეს ურთიერთობები წესრიგდება „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით. კონკრეტულ შემთხვევებში, სამედიცინო და სოციალური ჩვენების არსებობისას, საკითხი დედის სიცოცხლის სასარგებლოდ წყდება სამედიცინო ვადების გონივრული დაცვით.

სამედიცინო გამოკვლევების შედეგები და პიროვნების ჯანმრთელობის სტატუსის შესახებ მონაცემები პირადი ცხოვრების უფლებით დაცულ სფეროს მიეკუთვნება. ამიტომ, გარკვეულწილად პირადი ცხოვრების უფლება და საქართველოს კონსტიტუციის მე-20 მუხლი კავშირშია ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან. აგრეთვე, 41-ე მუხლის მიხედვით, ოფიციალურ ჩანაწერებში არსებული ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობასთან, მის ფინანსებთან ან კერძო საკითხებთან, არავისთვის არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი თვით ამ ადამიანის თანხმობის გარეშე, გარდა კანონით დადგენილი შემთხვევებისა, როდესაც ეს აუცილებელია სახელმწიფო უშიშროების ან საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, ჯანმრთელობის, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება უკავშირება რელიგიის თავისუფლების უფლებას. საქართველოს კანონების „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მიხედვით, პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას ნებისმიერი ტიპის სამედიცინო ჩარევაზე. გამონაკლისია განსაკუთრებით საშიში გადამდები დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის მქონე მოქალაქეებისათვის სამკურნალო,

<sup>448</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers,

გვ. 487

<sup>449</sup> კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003წ., გვ.127

საპროფილაქტიკო და საკარანტინო ღონისძიებების განხორციელება.<sup>450</sup> სხვა შემთხვევებში, ავადმყოფმა თავად, საკუთარი შინაგანი (რელიგიური თუ არარელიგიური) რწმენის შესაბამისად, უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება სამედიცინო მომსახურების მიზანშეწონილობის შესახებ. თვით ტერმინალურ (სიკვდილისწინა) სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე. უგონო მდგომარეობაში ყოფნის შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს წინასწარ, როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, არ ჰქონია გაცხადებული თანხმობა ან უარი მკურნალობაზე, „მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მომაკვდავი ადამიანის ღირსების დაცვის მიზნით და მისი (პაციენტის) პიროვნული შეხედულების გათვალისწინებით“ თანხმობა ან უარი განაცხადოს მკურნალობაზე. იმავდროულად, „პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან მოითხოვოს მისი ღირსების, ტრადიციების, აღმსარებლობისა და პიროვნული ფასეულობების პატივისცემა.<sup>451</sup> თუმცა, როდესაც საკითხი ეხება სხვისი სიცოცხლის ხელშეუვალობას, მაგალითად ნაყოფის სიცოცხლის გადარჩენას, რელიგიისა და რწმენის თავისუფლებასთან შედარებით უპირატესია ნაყოფის სიცოცხლის უფლება.

სხვა მომიჯნავე უფლებები „ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციიდან“ და „სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების“ საერთაშორისო პაქტიდან არის წამების, ან სასტიკი, არაადამიანური თუ ღირსების შემლახველი მოპყრობის აკრძალვა და ადამიანების ჩართვა სამედიცინო თუ სამეცნიერო ექსპერიმენტებში მათი თანხმობის გარეშე. ასევე, „ადამიანის უფლებათა დეკლარაციის 25-ე მუხლი, რომელშიც საუბარია „ყველას აქვს უფლება ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე... სამედიცინო მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად...“; 24-ე მუხლში კი აღნიშნულია - „ყველას აქვს დასვენებისა და თავისუფალი დროის გამოყენების უფლება სამუშაო საათების გონივრული შეზღუდვისა და ანაზღაურებადი პერიოდული შვებულების უფლების ჩათვლით.“ „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-10 მუხლი მიუთითებს, რომ „განსაკუთრებით დაცვას საჭიროებენ დედები მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდგომ“, ასევე „ბავშვებისა და მოზარდების შრომის გამოყენება ზნეობისა და ჯანმრთელობის საზიანო ან სიცოცხლისათვის და ან მათი ნორმალური

<sup>450</sup> კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003წ., გვ.140

<sup>451</sup> იხ. იგივე, გვ.140-141



განვითარებისათვის საშიშ რომელიმე სფეროში, რაც კანონით უნდა დაისაჯოს.“<sup>452</sup>

სხვა საერთაშორისო კონვენციები, რომლებიც გამოსატულად არ წარმოადგენენ ადამიანის უფლებათა დაცვის ინსტრუმენტებს, შეიცავენ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ვალდებულებებს. მათ შორის „ხელშეკრულებები შრომის ჯანსაღი გარემოს შესახებ, ასევე ქენევის კონვენცია ჰუმანიტარული სამართლის შესახებ, რომელიც შეიცავს პატიმრების ჯანდაცვის ასპექტებს და მშვიდობიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას შეარაღებული კონფლიქტების დროს.“<sup>453</sup> 1949 წლის 12 აგვისტოს ქენევის კონვენციებში და დამატებით ოქმებში დეტალურად არის ასახული სამედიცინო საკითხები ომისა და შეიარაღებული კონფლიქტის პირობებში.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლებასთან ახლო კავშირშია „სამეცნიერო პროგრესით სარგებლობის“ უფლება, რომელიც აღიარებულია „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-15 მუხლში. ეს უფლება მოიცავს სახელმწიფოს ვალდებულებებს „საჭირო ნაბიჯების“, სამეცნიერო კვლევების კონსერვაციის, განვითარებისა და გავრცელების შესახებ.

ზემოხსენებული კიდევ ერთხელ ადასტურებს ადამიანის ყველა უფლების ურთიერთდამოკიდებულებას და განუყოფლობას. მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის უფლების კავშირს როგორც სამოქალაქო და პოლიტიკურ, ასევე სხვა სოციალურ უფლებებთან. უმეტესად, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება ადამიანის რომელიმე სხვა უფლების წინაპირობაა და პირიქით.

## 6.2 ადამიანის უფლებების ლეგიტიმური შეზღუდვები

მიუხედავად ადამიანის უფლებების მნიშვნელობისა, არის სიტუაციები, როდესაც მიზანშეწონილია უფლების ლეგიტიმური შეზღუდვა მეტი საზოგადოებრივი სიკეთის მისაღწევად. ამ თვალსაზრისით, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება არ არის გამონაკლისი. უმეტეს შემთხვევაში, იზღუდება ადამიანის სხვა უფლებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზომების სამართლებრივი უზრუნველყოფისათვის.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების შეზღუდვისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ლიმბურგის პრინციპები.<sup>454</sup> ამ დოკუმენტის<sup>455</sup> მე-4 მუხლში მოცემულია შეზღუდვის განმარტებები და გამიზნულია ინდივიდუალურ

<sup>452</sup> Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers, გვ. 487-488

<sup>453</sup> იხ. იქვე, გვ. 488

<sup>454</sup> UN doc. E/CN.4/1987/17

<sup>455</sup> იხ. ლიმბურგის პრინციპები ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის იმპლემენტაციისთვის, მასტრიხტი, 1986

პირთა დაცვისათვის და არა უფლებაზე შეზღუდვის დაწესების ხელშესაწყობად. ლიბერტის პრინციპების მიხედვით, კანონები, რომლებიც შეზღუდვებს აწესებენ, არ უნდა იყოს თვითნებური, არაგონივრული ან დისკრიმინაციული ხასიათისა, ასევე უნდა იყოს მკაფიო და ყველასათვის გასაგები. იმავდროულად, შემოდებულ უნდა იქნეს გადაჭარბებული შეზღუდვების წინააღმდეგ სათანადო გარანტიები და სამართლებრივი დაცვის მექანიზმები.

ლიბერტის პრინციპების მიხედვით, გამოთქმა „დემოკრატიული საზოგადოება“ განმარტებულია როგორც დამატებითი ამკრძალავი პირობა შეზღუდვის შემოდებისათვის. სახელმწიფო, რომელიც შეზღუდვას აწესებს, ვალდებულია მოახდინოს დემონსტრირება, რომ კონკრეტული შეზღუდვა ხელს არ უშლის საზოგადოების დემოკრატიულ განვითარებას.

შეზღუდვა უნდა შეესაბამებოდეს უფლების ბუნებას, რაც ნიშნავს, რომ შეზღუდვა ისე უნდა იქნეს გამოყენებული, რომ საფრთხის ქვეშ არ დადგეს უფლების ბუნება. შეზღუდვა უნდა იყოს გამოწვეული ჭეშმარიტი აუცილებლობით. ტერმინი „აუცილებელი“ ნიშნავს, რომ შეზღუდვა გამოწვეულია სახელმწიფო ან საზოგადოებრივი უკიდურესი აუცილებლობით, ემსახურება კანონიერ მიზანს და ამ მიზნის პროპორციულია.

ამავე პრინციპების მიხედვით, შეზღუდვის დაწესება „ეროვნულ უსაფრთხოებაზე“ მითითებით შესაძლებელია, თუ მისი დაწესება სახელმწიფოს არსებობის ან მისი ტერიტორიული მთლიანობის ან პოლიტიკური დამოუკიდებლობის დასაცავად ხორციელდება და ეს მითითება არ შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც შეზღუდვების შემოდების მიხეზი მხოლოდ ლოკალური ან შედარებით უმნიშვნელო მართლწესრიგის დარღვევის თავიდან აცილების მიზნით. ტერმინი „საზოგადოებრივი წესრიგი“ შეიძლება განიმარტოს როგორც წესების ერთობლიობა, რომელზეც საზოგადოებაა დაფუძნებული. სოციალური უფლებების დაცვა საზოგადოებრივი წესრიგის ნაწილს წარმოადგენს და განიმარტება კონკრეტული უფლების მიზნის კონტექსტში.

და ბოლოს, შეზღუდვის ერთ-ერთი საფუძველია სხვათა უფლებების და თავისუფლებების დაცვა. საილუსტრაციოდ, საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, პაციენტს აქვს უფლება უარი თქვას ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევაზე, გარდა „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 75-ე მუხლით გათვალისწინებული ღონისძიებებისა. აღნიშნული მუხლი ითვალისწინებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა კომპლექსს, მათ შორის იმუნოპროფილაქტიკურ და საკარანტინო ღონისძიებებს და სამკურნალო, საპროფილაქტიკო ღონისძიებებს გადამდები დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის მქონე მოქალაქეთათვის. კონკრეტული შეზღუდვა გამართლებულია სხვათა უფლებების და თავისუფლებების დაცვით.

სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ საერთაშორისო

პაქტის მიხედვით, საზოგადოებრივი სიკეთე უპირატესია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა კი არის ერთ-ერთი აღიარებული საზოგადოებრივი სიკეთე. „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლი სახელმწიფოებს აძლევს უფლებას მიიღოს ზომები „ეპიდემიური, ენდემური, პროფესიული და სხვა დაავადებების თავიდან ასაცილებლად, სამკურნალოდ და შესამოწმებლად. „ტრადიციულად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზომები შეეხება უკვე დაინფიცირებული ადამიანების უფლებათა მნიშვნელოვან შეზღუდვას დაავადების გავრცელების აღსაკვეთად; იძულება, ძალდატანება და შეზღუდვა ისტორიულად არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კომპონენტები. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, უფლებათა შეზღუდვებს, რომლებიც მოიაზრება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონტექსტში და აქვს კავშირი საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან, აქვს გადამეტებული ხასიათი. გადაადგილების თავსუფლებაში ჩარევა, როდესაც ცხადდება კარანტინი გადამდები დაავადებების დროს, არის მაგალითი უფლებათა შეზღუდვისა და მოიაზრება როგორც ლეგიტიმური საერთაშორისო სამართლის მიხედვით; და პირიქით, დაუსაბუთებელი ზომები, მიღებული ალტერნატიული ზომების არსებობის შემთხვევაში, განიხილება როგორც არაკეთილსინდისიერება, როგორც ადამიანის უფლებების დაცვის პრინციპებიდან გამომდინარე, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის „საუკეთესო პრაქტიკის“ გათვალისწინებითაც. მაგალითად, აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებული ზომები არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზომების უმართებულოდ გამოყენება.“<sup>456</sup>

მართლაც, ბალანსი ინდივიდუალურ სამოქალაქო უფლებებსა და ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას შორის მნიშვნელოვანია ინფექციური დაავადებების ეპიდემიის დროს, მაგალითად, აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიისას. „ტომაშევესკი აღნიშნავდა, რომ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე გავლენას უნდა ახდენდეს პრინციპი, რომ სამართალი და არა მედიცინა არეგულირებს ფუნდამენტური უფლებებისა და თავისუფლებების შეზღუდვას. შესაბამისად, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალი აღიარებს, რომ ინდივიდუალური უფლებები შეიძლება შეიზღუდოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დასაცავად, მაგრამ ეს შეზღუდვები არის ლეგიტიმური იმ შემთხვევაში, როდესაც გამოწვეულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საჭიროებებით და შეთავსებადია ადამიანის უფლებების საერთო პრინციპებთან. ეს დადგინდა შიდსის პანდემიასთან მიმართებაში...“<sup>457</sup> აღნიშნულია სამართლებრივი გადაწყვეტა საკითხის, რომ არ მოხდეს ადამიანთა დისკრიმინაცია ინფიცირების გამო, რადგან ამ ნიშნით დისკრიმინაცია არცთუ იშვიათი მოვლენაა.

ამასთან დაკავშირებით, მნიშვნელოვანია ადამიანის სხვადასხვა უფლებათა ურთიერთდამოკიდებულება. ზოგჯერ სამოქალაქო უფლების

<sup>456</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005,

გვ.15

<sup>457</sup> Janusz Symonides, Human Rights: Concept and Standarts, Darmouth Publishing Company Limited, 2000,

გვ.153

განხორციელება წინააღმდეგობაში მოდის ზომებთან, რომლებიც შემუშავებულია ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განსახორციელებლად. ასეთ შემთხვევებში, დაცული უნდა იყოს შესაბამისი ბალანსი; სამოქალაქო უფლებების უმეტესობა შეიძლება გახდეს შეზღუდვის საგანი ასეთ შემთხვევებში. სტანდარტულ წინადადებად შეიძლება ჩაითვალოს სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტის მე-13 მუხლის მესამე ნაწილი: ზემოხსენებული უფლება არ შეიძლება დაექვემდებაროს რაიმე შეზღუდვას, გარდა იმ შეზღუდვებისა, რომლებიც გათვალისწინებულია კანონით; იგი არის აუცილებელი ეროვნული უსაფრთხოებისა და საჯარო წესრიგის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ან მორალის, ან სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად, და თავსებადია ამ პაქტით აღიარებულ სხვა უფლებებთან.<sup>458</sup>

ზოგჯერ, კონფლიქტი ადამიანის სხვადასხვა უფლებებს შორის გარდაუვალია, მაგრამ ის შეიძლება შემცირდეს ფრთხილი ბალანსით. „ბალანსი აუცილებელია პროცესების წარმართვისას. მაგალითად, აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიისას ზედმეტად გულმოდგინე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხელმძღვანელებმა და გადაწყვეტილების მიმღებმა პირებმა, რომლებიც ძალიან ცუდად ერკვეოდნენ ჯანდაცვის საკითხებში, მიიღეს დრაკონული წესები, რომლებიც დისკრიმინირებულ მდგომარეობაში აყენებდა დაინფიცირებულ ან დაავადებულ ადამიანებს.“<sup>459</sup>

მენტალური დაავადებებით შეპყრობილ ადამიანთა მკურნალობაც არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი ამ თვასაზრისით. კერძოდ, ასეთი პირების იძულებით მკურნალობა და მათი თავისუფლების შეზღუდვა, მათივე თანხმობის გარეშე, იყო ამ ადამიანთა უფლებების უდიდესი დარღვევა წარსულში. ამის გამო 1991 წლის 17 დეკემბერს, გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ მიიღო რეზოლუცია 46/119, რომლის მთავარი წესია – მკურნალობა და ფსიქიატრიული დაწესებულებისადმი მიმართვა ხდება მხოლოდ ნებაყოფლობით, პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე (პრინციპები 11 და 15), გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც დაავადება არის სერიოზული და საფრთხეს უქმნის მესამე პირებს. ასეთ შემთხვევაში, გადაწყვეტილება მიიღება დამოუკიდებელი ავტორიტეტული სპეციალისტის მიერ. იძულებით მკურნალობა და თავისუფლების შეზღუდვა არის სასამართლოს ან სხვა დამოუკიდებელი ორგანოს განხილვის საგანი და უნდა შესრულდეს პროცედურული გარანტიები (პრინციპები 17 და 18).<sup>460</sup> აღნიშნულმა პრინციპებმა შესაბამისი ასახვა ჰპოვა საქართველოს კანონმდებლობაშიც.<sup>461</sup>

<sup>458</sup> Janusz Symonides, Human Rights: Concept and Standarts, Darmouth Publishing Company Limited, 2000,

გვ.152

<sup>459</sup> იხ. იქვე, გვ.152-153

<sup>460</sup> იხ. იქვე, გვ.153

<sup>461</sup> იხ. „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი, 48-ე მუხლი

ზოგი უფლება არის აბსოლუტური და ნიშნავს, რომ მათ არ ეხება შეზღუდვები შესაბამისი დასაბუთების შემთხვევაშიც კი, თუნდაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის აუცილებლობის გამო; მაგალითად, წამებისა და მონობისაგან თავისუფლება და სამართლიანი სასამართლოს უფლება. პარადოქსულია, მაგრამ სიცოცხლის თავისუფლება არ არის აბსოლუტური და აკრძალულია სიცოცხლის წართმევა თვითნებურად. უმეტეს უფლებებში ჩარევა შეიძლება სამართლებრივად დასაბუთებული იქნეს, როგორც აუცილებელი ბევრ სიტუაციაში, საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან დაკავშირებით.<sup>462</sup>

“როდესაც სახელმწიფო ზღუდავს უფლებას, ითვლება ლეგიტიმურად, თუ დაცულია სირაკუზას პრინციპები.”<sup>463</sup> ამ პრინციპების მიხედვით შეზღუდვა გამართლებულია თუ: (1) შეზღუდვა გათვალისწინებულია კანონით ან შემოღებულია კანონის თანახმად. (2) შეზღუდვა ემსახურება საერთო ინტერესის კანონიერ მიზანს. (3) შეზღუდვა აუცილებელია დემოკრატიულ საზოგადოებაში მიზნის მისაღწევად. (4) არ არსებობს უფრო ნაკლებად შემზღუდავი ზომა იგივე მიზნის მისაღწევად. (5) შეზღუდვა არ არის თვითნებური, არაგონივრული ან სხვაგვარად დისკრიმინაციული.<sup>464</sup>

და ბოლოს, ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით სხვა უფლებათა შეზღუდვას გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტიც უსვამს ხაზს და აღნიშნავს: „მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოთხოვნებს სახელმწიფოები ზოგჯერ სხვა ძირითადი უფლებების რეალიზაციის შეზღუდვის საფუძველად იყენებენ. კომიტეტს სურს ხაზი გაუსვას, რომ პაქტის მე-4 მუხლის შემზღუდველი დებულება პირველ რიგში გულისხმობს პირის უფლების დაცვას, და არა სახელმწიფოსათვის შეზღუდვის უფლების მიცემას. აქედან გამომდინარე, მონაწილე სახელმწიფო - რომელიც, მაგალითად, ზღუდავს გადამდები დაავადებებით, როგორცაა აივ ინფექცია/შიდსით დაინფიცირებულ პირთა გადაადგილების თავისუფლებას, ან ახდენს მათ იზოლირებას, ან ექიმებს არ აძლევს საშუალებას დახმარება გაუწიონ მთავრობისადმი ოპოზიციურ დამოკიდებულებაში ეჭვიმტანილ პირებს, ან არ უზრუნველყოფს მოსახლეობის ვაქცინაციას განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ეროვნული უსაფრთხოების ან საზოგადოებრივი წესრიგის დაცვის მოსაზრებით, ვალდებულია დაასაბუთოს ასეთი სერიოზული ღონისძიებების გატარების აუცილებლობა მე-4 მუხლში განმარტებული თითოეული ელემენტის მიმართ. ასეთი შეზღუდვები შემოღებულ უნდა იქნეს მხოლოდ კანონის საფუძველზე, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, უნდა შეესაბამებოდეს პაქტით დაცული უფლებების ბუნებას, პასუხობდეს კანონიერი მიზნების

<sup>462</sup> იხ. საერთაშორისო პაქტის „სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ“ მე-4 მუხლი

<sup>463</sup> Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005, გვ.16

<sup>464</sup> 25 Questions & Answers on Health & Human Rights, Health and Human Rights Publication Series, Issue #.1, July 2002, WHO

მიღწევის ინტერესებს და ხორციელებოდეს მხოლოდ დემოკრატიულ საზოგადოებაში საერთო კეთილდღეობის ხელშეწყობის მიზნით. მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის თანახმად, ასეთი შეზღუდვები უნდა იყოს პროპორციული, ანუ სხვადასხვა სახის შეზღუდვების არჩევანისას, შერჩეულ იქნეს ნაკლებ შემზღუდავი ღონისძიება. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით, ასეთი შეზღუდვები დასაშვებია, ისინი უნდა ხორციელდებოდნენ შეზღუდული ვადით და ხდებოდეს მათი შემოწმება“.<sup>465</sup>

---

<sup>465</sup> გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14 (22-ე სესია,2000)

## VII. დასკვნა

კონსტიტუციური რეალობა განმტკიცებულია უფრო მეტად პოლიტიკური და სოციალური რეალობით, ვიდრე სამართლებრივი კრიტერიუმებით. ეს ხდის უფლებას ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ფუნდამენტურს, სხვა ტრადიციულ უფლებებთან ერთად. ჯანმრთელობის დაცვის უფლება არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და, შესაბამისად, სახელმწიფო განიცდის სამართლებრივ ბოჭვას ამ უფლებასთან მიმართებაში და ვალდებულია განახორციელოს პოზიტიური ქმედებანი უფლების უზრუნველსაყოფად. ქვეყნის კონსტიტუციაში, ამ უფლების ოფიციალური დაფიქსირება, მის პრაქტიკულ და ეფექტურ დაცვას ავტომატურად ვერ უზრუნველყოფს. უფლების რეალიზაცია დამოკიდებულია პოლიტიკურ ნებაზე, ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეზე, სასამართლო სისტემის ეფექტურობაზე და სხვა უფლებათა დამცველი ეროვნული ინსტიტუტების სიძლიერესა და ძალისხმევაზე.

ტერმინოლოგიური თვალსაზრისით, არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. ლიტერატურაში გამოიყენება სამივე ტერმინი - „ჯანმრთელობის უფლება“, „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“ და „ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უფლება“. ტერმინი „ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უფლება“ მეტწილად გამოიყენება ეროვნულ ლიტერატურაში ადამიანის უფლებების შესახებ. ის გულისხმობს უფლებას სამედიცინო სერვისებზე და არ მოიაზრებს ჯანმრთელობის დაცვასთან, სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოსთან დაკავშირებულ საკითხებს. საერთაშორისო ლიტერატურაში, ადამიანის უფლებების შესახებ, ტერმინი „ჯანმრთელობის უფლება“ უფრო მეტად გამოიყენება, ვიდრე სხვა რამ. იგი უბრალოდ შემოკლებულია და არ განიმარტება როგორც ჯანმრთელობის გარანტი ყველა პიროვნებისათვის. ტერმინი „ჯანმრთელობის დაცვის უფლება“ არის უფრო მრავლისმომცველი, რომელიც გულისხმობს არამარტო მინიმალურ სამედიცინო მომსახურებას, არამედ უფლებას ჯანსაღ გარემოზეც. ამ ტერმინის გამოყენება უფრო რელევანტურია და მეტად შეესაბამება საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლს, რადგან ეს ტერმინი უფრო ფართოა და გულისხმობს როგორც სამედიცინო მომსახურებას, ასევე უფლებას უსაფრთხო გარემოზე.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დეფინიციების გაანალიზების შედეგად ჩანს, რომ უფლება მოიაზრებს ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური მდგომარეობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტს, რომელიც, თავის მხრივ, დამოკიდებულია სახელმწიფოს დისკრეციის ზღვარზე და არსებულ რესურსზე; მაგრამ ის მოითხოვს სახელმწიფოსაგან, შექმნას

ისეთი კანონმდებლობა და სამოქმედო გეგმა, რომლის მიხედვითაც ჯანდაცვა იქნება ხელმისაწვდომი ყველასათვის შესაძლო უმოკლეს დროში. ამავდროულად, სახელმწიფო უნდა პასუხობდეს სოციალური სახელმწიფოს მოთხოვნებს, რომ წარმატებით მოახდინოს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების რეალიზაცია.

რეკომენდებულია ჯანდაცვის უფლებრივი ინდიკატორების უფრო ფართოდ გამოყენება ჯანმრთელობის დაცვის უფლების შესაფასებლად, რადგან ინდიკატორებით კონტროლდება არამარტო ამ უფლების მიღწევის შედეგი, არამედ პროცესიც. დღეს, ჯანდაცვის ინდიკატორებით მხოლოდ ჯანდაცვის სპეციალისტები სარგებლობენ და არა ადამიანის უფლებათა დამცველები. ამ ტიპის მეთოდოლოგიის გამოყენება ხელს უწყობს პროგრესის გაზომვას და აადვილებს პროგრესული რეალიზაციის შეფასებას პრაქტიკოსი ადამიანის უფლებათა დამცველებისათვის.

სტრუქტურული თვალსაზრისით, 37-ე მუხლი პროგრამული ტიპისაა, რაც თავისთავად გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების სუსტ დაცვას. ზოგადად, სასამართლოები არ განიხილავენ პრეროგატივად პოზიტიური უფლებების დარღვევას, მითუმეტეს, თუ მათი სტრუქტურა არ შეიცავს უფლებებსა და ვალდებულებებს, რაც აკისრებს სახელმწიფოს უპირობო ვალდებულებას მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის თვალსაზრისით; მაგრამ, თუკი სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვას თუნდაც უკიდურესი მინიმუმის დონეზე, ნაკლებად სავარაუდოა სასამართლომ აღიაროს, რომ სახელმწიფომ მისი ვალდებულებები, ჯანმრთელობის უფლების თვალსაზრისით, ვერ შეასრულა. იმისათვის, რომ სახელმწიფოს დაეკისროს უპირობო ვალდებულება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის მიზნით, დებულებაში გაცხადებული უნდა იყოს უფლების ან ვალდებულების შესახებ, ანუ ლეგალური ენა უნდა იძლეოდეს ამის შესაძლებლობას. საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლი კი მოიცავს მხოლოდ შთამაგონებელ პრინციპებს. ის ფაქტიურად შეიცავს მიდგომებს დაფინანსების შესახებ და არ ავალდებულებს სახელმწიფოს ამ უფლების უზრუნველყოფას. მუხლის გაყოფა ორ ნაწილად და გამიჯვნა სამედიცინო მოსახურების საყოველთაო უფლების ჯანსაღი გარემოს უფლებისაგან, უფრო მეტად ჯანდაცვაზე ორიენტირებულს გახდიდა მას. ამ მუხლის შემდგენაირად ჩამოყალიბება - ყველას აქვს ჯანმრთელობის დაცვის, სამედიცინო დახმარებისა და სამედიცინო დაზღვევის უფლება და სახელმწიფო ვალდებულია შექმნას ყველა მოქალაქისათვის ეფექტური და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების პირობები - აქცენტს გააკეთებდა ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ხელმისაწვდომობაზე, განსაკუთრებით გადაუდებელი სამედიცინო



დახმარების შემთხვევაში, რადგან კანონმდებლობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ჯანდაცვის დაფინანსებისა და მომსახურების მიწოდების სისტემების დიზაინის ჩამოყალიბებასა და დანერგვაში.

ამასთანავე, სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებასთან შედარებით, რომელთა კონსტიტუციები შეიცავენ, ან არ შეიცავენ მუხლებს ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, დადგინდა, რომ ამ უფლების დამცველი მუხლის არსებობა კონსტიტუციაში ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის საყოველთაო მოცვას ჯანდაცვის მომსახურების თვალსაზრისით და აღნიშნულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას ყველასათვის, მითუმეტეს, თუ მუხლი პროგრამული ხასიათისაა. ამისათვის მეტად მნიშვნელოვანია ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონე და პოლიტიკური ნება. საქართველოს უზენაესმა სასამართლომ მის ერთ-ერთ გადაწყვეტილებაში განმარტა ჯანმრთელობის დაცვის უფლების უზრუნველყოფა ხელმისაწვდომობის ნაწილში, როგორც ქვეყანაში გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურების არსებობის აუცილებლობა და არა როგორც ფინანსური ხელმისაწვდომობით უზრუნველყოფა.

თუმცა, ნებისმიერ შემთხვევაში, ქვეყნის კონსტიტუციაში არსებული მუხლი აძლიერებს მოქალაქეთა უფლებების დაცვის გაგებას სხვადასხვა ეროვნულ კონტექსტში და ის შეიძლება იყოს ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემათა ჰარმონიზაციის ინსტრუმენტი მოქალაქეთა სასარგებლოდ, ასევე საფუძველი ჯანმრთელობის დაცვის უფლების სასამართლო წესით აღსრულებისა. საქართველოს კონსტიტუციაში დაცული სოციალური სახელმწიფოს პრინციპი წარმოშობს ხელსუფლების ვალდებულებას ჯანდაცვის პრობლემების გადაჭრის თვალსაზრისით.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას სრული პრივატიზაციის გეზი აქვს აღებული. შესაბამისად, ფიქსირდება უფრო საბაზრო მიდგომა, ვიდრე უფლებრივი. კერძო სექტორზე სოციალურ-ეკონომიკური უფლებების განხორციელების პოზიტიური მოვალეობების დაკისრება არ არის იოლი (მაგალითად, სამედიცინო მომსახურებაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის განხორციელება). მიუხედავად ამისა, კერძო სექტორს, სულ ცოტა, ნეგატიური მოვალეობების შესრულება უნდა მოეთხოვებოდეს, რომელიც მათ ამ უფლებების საფუძველზე ეკისრებათ. მაგალითად, სადაზღვევო კომპანიებმა და კერძო სამედიცინო დაწესებულებებმა დაზღვევის ან სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისას არ უნდა განახორციელონ რაიმე სახის უსამართლო დისკრიმინაცია პირდაპირი ან არაპირდაპირი გზით, ხოლო საწარმოებმა არ უნდა შექმნან ადამიანის ჯანმრთელობისათვის საშიში გარემო. კერძო სექტორის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის უფლების დარღვევათა აღკვეთის ეფექტური მექანიზმის უზრუნველყოფის მიზნით, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

განხილულ უნდა იქნეს ანტიდისკრიმინაციულ და თანაბარი მოპყრობის ჭრილში, რადგან კერძო ურთიერთობებში, კონსტიტუციური უფლების პირდაპირი გზით გამოყენება არ ხდება. ასეთ შემთხვევაში ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ჰორიზონტალურ გამოყენებას განსაკუთრებული როლი ენიჭება.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა პრივატიზებულია, ეს არ უნდა გამორიცხავდეს სახელმწიფოს მხრიდან მცდელობას დაარეგულიროს ბაზარი სხვადასხვა საკანონდებლო რეგულაციების შემოღებით, თუნდაც დაზღვევისას დისკრიმინაციის თავიდან აცილების მიზნით.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განხორციელების თვალსაზრისით, სახელმწიფოს აკისრია ვალდებულებები საერთაშორისო დონეზეც. საქართველო ხელშემკერეელი მხარეა მრავალი საერთაშორისო ხელშეკრულებისა და პაქტის, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის უფლებაა დაცული. შესაბამისად, მას აღებული აქვს ვალდებულებები ამ უფლების პატივისცემის, დაცვისა და შესრულებისა. როგორც უკვე აღინიშნა, საქართველოში ბოლო დროს განხორციელებული ჯანდაცვის რეფორმის მიხედვით, ჯანდაცვის საკითხებისადმი საბაზრო მიდგომა დომინირებს „უფლებრივი“ თვალსაზრისით მიდგომაზე. საბაზრო მიდგომა კი განიხილავს ჯანდაცვას როგორც საქონელს, რომელიც უნდა გაიყიდოს და არა როგორც საზოგადოებრივ სიკეთეს, რომელიც უნდა განაწილდეს თანაბრად. საერთაშორისო სამართლებრივი აქტების უმეტესი ნაწილი კი რატიფიცირებულია რეფორმის საწყის ეტაპზე. ამიტომ, მათი დებულებების უმეტესობას შეესაბამება ჯანდაცვის პოლიტიკის ის კურსი, რომელიც რეფორმის მიმდინარეობის წინა პერიოდისათვის იყო დამახასიათებელი.

ასევე, დღეს არსებული ჯანდაცვის ეროვნული კანონმდებლობა რეფორმის იმ ეტაპის ნაწილია, როდესაც ჯანდაცვაში ცენტრალიზებული დაფინანსების წყარო არსებობდა. შესაბამისად, ჯანდაცვის კანონმდებლობა არაადეკვატურია მიმდინარე ჯანდაცვის პოლიტიკასთან, გადასახედია და საჭიროებს ჰარმონიზებას.

ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია და მისი დამატებითი ოქმები არ შეიცავს ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას, მაგრამ სოციო-ეკონომიკური უფლებები შეიძლება არაპირდაპირ დაკავშირებული იყოს სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებებთან. ევროპული სასამართლო მის განჩინებებსა და გადაწყვეტილებებში აღიარებს კავშირს და უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის უფლების არაპირდაპირი გზით დაცვას. ასეთ შემთხვევებში, სასამართლო ძირითადად მე-2, მე-3, მე-5, მე-6 და მე-8

მუხლების განმარტებებს ეყრდნობა. სასამართლოს ერთ-ერთ გადაწყვეტილებაში აღნიშნულია, რომ არ არსებობს წყალგამყოფი უფლებათა ამ ორ სფეროს შორის. ასევე, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება დაკავშირებულია ისეთ ფუნდამენტურ სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებებთან, როგორცაა პატივისა და ღირსების, ფიზიკური ხელშეუხებლობის, სიცოცხლის, რწმენისა და რელიგიის თავისუფლებები და უფლებები.

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება არ არის აბსოლუტური უფლება და გარკვეულ შემთხვევებში ხდება მისი ლეგიტიმური შეზღუდვა. უფლებათა კონფლიქტის შემთხვევაში აუცილებელია ფრთხილი ბალანსის დაცვა და შემზღუდავი დებულება პირველ რიგში უნდა გულისხმობდეს პირის უფლების დაცვას, და არა სახელმწიფოსათვის შეზღუდვის უფლების მიცემას. შეზღუდვა უნდა მოხდეს ყველა საერთაშორისოდ აღიარებული პრინციპების დაცვით. ამ სფეროსათვის დამახასიათებელი შეზღუდვების არსებობა ხშირ შემთხვევაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საჭიროებებით არის გამოწვეული.

და ბოლოს, სახელმწიფო ვალდებულია შექმნას მინიმალური პირობები ჯანმრთელობის დაცვის უფლების განხორციელებისათვის და გადადგას ნაბიჯები მათი პროგრესული რეალიზაციისაკენ. გარდა საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლით განსაზღვრული მიზნებისა, სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვის უფლება საერთაშორისო კანონმდებლობის მიხედვით და მასში ასახული ყველა განმსაზღვრელის გათვალისწინებით, რათა ის პასუხობდეს სოციალური სახელმწიფოს მოთხოვნებს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების წარმატებით რეალიზაციისათვის.

## ბიბლიოგრაფია

### ქართულ ენაზე:

ალექსიძე ლ., თანამედროვე საერთაშორისო სამართალი, „ინოვაცია“, 2010

დეილი მ., სოციალური უფლებების ხელმისაწვდომობა ევროპაში, ევროპის საბჭოს გამომცემლობა, 2007

ეიდუ ა., კრაუზე კ., როსას ა., ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებები

იზორია ლ., კორკელია კ., კუბლაშვილი კ., ხუბუა გ., საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები, მერიდიანი, 2005

იზორია ლ., თანამედროვე სახელმწიფო და თანამედროვე ადმინისტრაცია, სიესტა, 2009

კორკელია, კ., “ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის გამოყენება საქართველოში”, 2004

კუბლაშვილი კ., ძირითადი უფლებები, გამომცემლობა ჯისიაი, 2003წ

მერდოქი ჯ., სტრაისტეანუ დ., ვედერნიკოვა დ., სიცოცხლის უფლება ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის თანახმად, თბილისი, 2009

სახალხო დამცველის 2009 წლის მეორე ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში

სახალხო დამცველის 2007 წლის პირველი ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში

სახალხო დამცველის 2006 წლის პირველი ნახევრის საპარლამენტო ანგარიში

სტატიათა კრებული, ადამიანის უფლებათა დაცვის თანამედროვე გამოწვევები, თბილისი, 2009

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 2009

შეჯამება:

Backman G., Hunt P... Health systems and The Right To Health:an assessment of 194 Countries, The Lancet, Vol. 372,2008

Baderin A.M., Mccorquodale R., Economic, Social and Cultural Rights in Action, Oxford University Press Inc., New York,2007

Chapman A.R., Conceptualizing The Right to Health: A violations Approach, Tennessee Law Review, 1998

Craven C.R. Matthew, The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, A perspective on its Development, Clarendon press, Oxford, 1998

Crossley M., Discrimination Against the Unhealthy in Health Insurance, The University of Kansas Law Review, 2005

Donelly J., Universal Human Rights in Theory and Practice, 2d edition, Cornell University Press, 2003

Dupue Rene-Jean, The right to health as a human right, Sijtoff & Noordhoff,1979

Fidler D.P., Symposium: Sars, Public Health, and Global Governance: Article: Constitutional Outlines of Public Healths “New World Order”, Temple Law Review, 2004

Fung M., The Right a Healthy Environment: Core Obligations Under Under Tne International Covenant of Economic, Social and Cultiral Rights, Williamette Journal of International Law & Dispute Resolution, 2006

Greely H. T., Some Thoughts on Academic Health Law, Wake Forest Law Review, 2006

Gostin L.O., Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann, Journal of Law, Medicine & Ethics, 2001

Gruskin S., Grodin M., Annas G., Marks S, Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, 2005

Gruskin S., Is There a Government in The Cockpit: A Passenger's Perspective on Global Public Health: The Role of Human Rights, Temple Law Review, 2004

Hunt p., The UN Special Rapporteur on The Right to Health: Key Objectives, Themes, and Interventions, [Http://www.jstor.org](http://www.jstor.org)

Jakubowski E., 10 health questions about the Caucasus and Central Asia, World Health Organization, 2009

Jamar S.D., The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994

Janusz Symonides, Human Rights: Concept and Standards, Dartmouth Publishing Company Limited, 2000

Kinney E.D., Realization of The International Human Right to Health in an Economically Integrated North America, American Society of Law, Medicine & Ethics, Journal of Law, Medicine & Ethics, 2009

Littell A., Can a Constitutional Right to Health Guarantee Universal Health Care Coverage or Improved Health Outcomes? A survey of Selected States, Connecticut Law Review, 2002

Mack E., The World Health Organization's New International Health Regulations, Chicago Journal of International Law, 2006

Meier B.M., Symposium:Global Justice:Poverty, Human Rights, and Responsibilities, Cornell International Law Journal, 2006

Mahoney K. E., Mahoney P., Human Rights in the Twenty-first Century, Martinus Nijhoff Publishers

Mariner W.K., Toward An Architecture of Health Law, American Journal of Law & Medicine, 2009

Oliviero M.B., The Randolph W. Thorer Symposium:Comparative Constitutionalism:Human Needs and Human Rights: Which are more fundamental?, Emory Law Journal, 1991

Pinet G., The WHO European Program of Health Legislation and the Health for All Policy, American Journal of Law and Medicine, 1986

Ruger J.P., Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements, Yale Journal of Law&Humanities, 2006

Sandhu P.K., A Legal Right to Health Care: What can the United States Learn from Foreign Models of Health Rights Jurisprudence?, California Law Review, 2007

Shinn C., The Right to The Highest Attainable Standard of Health: Public Health's opportunity to Reframe Human Rights Debate in the United States, <http://www.jstor.org>

Wiles E., Aspirational Principles or Enforceable Rights? The Future for Socio-economic rights in National Law, American university international Law Review, 2006



25 Questions & Answers on Health & Human Rights, Health and Human Rights  
Publication Series, Issue #.1, July 2002, WHO

გამოყენებული საკანონმდებლო აქტები:

საქართველოს კონსტიტუცია

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი

„სამხედრო მოსამსახურის სტატუსის შესახებ“ საქართველოს კანონი

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი

„აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ საქართველოს კანონი

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონი

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

„საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი

„წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი

„გარემოს დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი

„საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი

საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართლდარღვევათა კოდექსი

გაეროს მსოფლიო კონფერენცია ადამიანის უფლებების საკითხზე, ვენის დეკლარაცია და სამოქმედო გეგმა, UN doc. A/CONF.157/23, 1993 წლის 12 ივლისი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, Global Strategy for Health for All by the Year 2000, (მიღებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეზოლუციით WHA.34.36), 1981

გაეროს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №14(22-ე სესია,2000)

წამების საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის მე-3 ზოგადი კომენტარი

Interim Report of the Special Rapporteur to the General Assembly 2003, A/58/427 (n 1 above) para 14. See eg, Human Development Report 2000 (n 11 above) ch 5; World Health

Organization, World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count, statistical annex

Comission on Human Rights, “The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”, E/CN.4/RES/2003/28 (22 april 2003)

Interim Report of the Special Pappporteur to the General Assembly 2004, A/59/422

Case Law on the European Social Charter

სასამართლოს გადაწყვეტილებები:

Airey v. Ireland, 09/10/1979, Series A, No32

Feldbrugge v. The Netherlands, 07/27/1987, Series A, no.124 A

Deumeland v. Germany, 12/10/1984, Series A, no.100

Winterwerp v. Netherlands, 10/24/1979, Series A, no.033

Salesi v. Italy, 02/26/1993, Series A, no.257E

Fadeyeva v. Russia, 06/09/2005, განაცხადი №55723/00

Lopez Ostra v. Spain, 12/09/1994, Series A, no. 303C

Guerra and others v. Italy, 02/19/1998, 1998-I, no.64

Kudla v. Poland, 10/26/2000, განაცხადი №30210/96

Mouisel v. France, 11/14/2002, განაცხადი №67263/01

Ilhan v. Turkey, 11/09/2004, განაცხადი №22494/93

Naumenko v. Ukraine, 11/09/2004, განაცხადი №41984/98

Enhorn v. Sweden, 25/01/2005, განაცხადი №56529/00

H. v. France, 24/10/1989, Series A, no. 162 A

Association X v United Kingdom, 12/07/1978, განაცხადი №7154/75

Erikson v Italy, 26/10/1999, განაცხადი №37900/97

Calvelli and Ciglio v Italy, 17/05/2002, განაცხადი № 32967/96

Pentiakova and others v Moldova, 04/01/2005, განაცხადი №14462/03

Ilhan v Turkey, 27/06/2000, განაცხადი №22277/93

Anguelova v Bulgaria, 13/07/2002, განაცხადი №38361/97

ღავთაძე საქართველოს წინააღმდეგ, 03/03/2009, განაცხადი №23204/07

პოლსიანი საქართველოს წინააღმდეგ, 02/24/2009, განაცხადი №9870/07

საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს განჩინება, საქმე „დავით ნატროშვილი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, №1/6/462, 5 ნოემბერი, 2008 წელი.

საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, საქმე „საქართველოს მოქალაქეები – ტრისტან ხანიაშვილი, თედორე ნინიძე, ნოდარ ჭითანავა, ლევან ალექსიძე, გიორგი ქავთარაძე და სხვები (სულ 12 მოქალაქე) საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, №1/2/174,199, 15 ოქტომბერი, 2002 წელი.

საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, საქმე „ბატუა გაჩეჩილაძე, სიმონ თურვანდაშვილი, შოთა ბუაძე და სხვები საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, №1/1/126,129,158, 18 აპრილი, 2002 წელი.

საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, საქმე „საქართველოს 2004 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონის დანართი №10-ის მე-12 პუნქტის კონსტიტუციურობა საქართველოს კონსტიტუციის მე-14, მე-16, 31-ე, 34-ე და 37-ე მუხლებთან მიამრთებით“, №2/4/294, 5 მაისი, 2005 წელი.

საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, საქმე “საქართველოს სახალხო დამცველი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ”, №1/2/434, 27 აგვისტო, 2009 წელი

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციული და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის, 2008 წლის 14 მაისის, გადაწყვეტილება №ბს-327-309(2კ-07)

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის, 2009 წლის 8 აპრილის, გადაწყვეტილება ბს-972-936(3კ-08)

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციული და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის, 2004 წლის 15 იანვრის განჩინება №3გ-ად-181-კ-03

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ და სხვა კატეგორიის საქმეთა პალატის 2008 წლის 4 დეკემბრის განჩინება №ბს-758-730(კ-08)