

2019

„საექთნო განათლება“
დოკუმენტები.
ბრძანებები.
სამართლებრივი
აქტები.
რეგულაციები.

აღნიშნული დოკუმენტი შექმნილია საგანმანათლებლო
პროგრამის „საექთნო განათლება“ სწავლებისათვის.



სარჩევი

- 1.სამართლებრივი აქტი - სამედიცინო ეთიკის კომისიის
დებულება-----4
2. სამართლებრივი აქტი - ზოგიერთი სამედიცინო ჩარევის
ჩატარებამდე პაციენტისაგან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის
მიღების შესახებ -----7
3. სამართლებრივი აქტი - სამედიცინო დაწესებულებიდან
შინაგან საქმეთა სამინისტროს სტუქტურისათვის ოპერატიული
ინფორმაციის მიწოდების შესახებ-----7
4. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ -----8
5. სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების
წესის დამტკიცების შესახებ-----33
6. „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის
გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ -----74
- 7.„მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების
თაობაზე“ -----89
- 8.საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ-----92
9. საქართველოს კანონი „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“-----101
10. საქართველოს კანონი „მეწარმეთა შესახებ“;-----



1. სამართლებრივი აქტი - სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება N128/5

2000 წლის 2 ოქტომბერია

ქ. თბილისი

სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ

“ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონის 62-ე მუხლის შესაბამისად და საქართველოს პრეზიდენტის 1998 წლის 12 იანვრის №15 ბრძანებულებიდან გამომდინარე ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანდართული დებულება.
2. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

ა. ჯორბენაძე

სამედიცინო ეთიკის კომისიის დებულება (კომენტარებითურთ)

თავი 1. ზოგადი დებულებები

1. სამედიცინო ეთიკის კომისიის (შემდგომ კომისია) შექმნის მიზანია ქვეყანაში სამედიცინო პრაქტიკის ჰუმანიზაცია, პაციენტის უფლებების, მათი ღირსებისა და პიროვნული ავტონომიის დაცვისათვის ხელშეწყობა სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის განათლების, სამედიცინო მომსახურების პროცესში წამოჭრილი პრობლემების ეთიკური ასპექტების წარმოჩენის, ანალიზის და სათანადო რეკომენდაციების მომზადების გზით.

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

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

თავი 2. სამედიცინო ეთიკის კომისიის შექმნის კრიტერიუმები

4. კომისიების შექმნა აუცილებელია ქვემოთ ჩამოთვლილ დაწესებულებებში:

- ა) მრავალპროფილიან სტაციონარებში.
- ბ) ნებისმიერ სტაციონარში, სადაც ფუნქციონირებს ინტენ-სიური თერაპიისა და რეანიმაციის განყოფილება.
- გ) ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში.
- დ) სამეანო-გინეკოლოგიურ სტაციონარებში.
- ე) რეპროდუქტოლოგიის საკითხებზე მომუშავე სამედიცინო დაწესებულებებში.
- ვ) ტრანსპლანტოლოგიის ცენტრებში.

5. რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებამ შეიძლება შექმნას სამედიცინო ეთიკის ერთობლივი კომისია. ასეთ შემთხვევაში კომისიის შემადგენლობა ამ დებულების 14 პუნქტის მიხედვით განისაზღვრება.

6. საავადმყოფოს ეთიკის კომისიების შექმნა რეკომენდებულია ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც ამის შესაძლებლობა არსებობს.

კომენტარი: იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ ეთიკური პრობლემები ნებისმიერი ტიპის სამედიცინო დაწესებულების ყოველდღიური საქმიანობის აუცილებელი თანამდევია, სასურველია სამედიცინო ეთიკის კომისიის არსებობა ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში. აღნიშნულის განხორციელება რეალურად შეუძლებელია; ამისთვის გაუმართლებლად დიდი რესურსების მოხილიზება იქნება საჭირო; მხედველობაში გვაქვს მცირე ზომის სამედიცინო დაწესებულები, რომელთა პერსონალის რაოდენობა ხშირად 3-4 კაცს არ აღემატება.

სამედიცინო ეთიკის კომისიების არსებობა აუცილებელია იმ კლინიკებში, სადაც ეთიკური პრობლემები ხშირად და განსაკუთრებული სიმძაფრით აღმოცენდება. ესენია ინტენსიური თერაპიისა და რეანიმაციის განყოფილებები (სიკვდილთან, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მეურნელობის შეწყვეტასთან დაკავშირებული პრობლემები),

რეპროდუქტოლოგიის საკითხებზე მომუშავე სამედიცინო დაწესებულებები, სამედიცინო-გინეკოლოგიური კლინიკები (ფერტილიზაციის, აბორტის, სტერილიზაციის საკითხები) და სხვა.

თავი 3. სამედიცინო ეთიკის კომისიის ფუნქციები

7. სამედიცინო ეთიკის კომისიის ძირითადი ფუნქციები შეიძლება იყოს:

ა) სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის, პაციენტების, მათი ახლობლების, საზოგადოების განათლება სამედიცინო მომსახურების პროცესში აღმოცენებული პრობლემების ეთიკური ასპექტების შესახებ.

ბ) რეკომენდაციების, სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავება, რომლებიც დაეხმარება სამედიცინო პერსონალს სამედიცინო დახმარების პროცესში აღმოცენებული ეთიკური პრობლემების გადაჭრაში (მაგ.: რეკომენდაციები უსარგებლო კარდიოპულმონური რეანიმაციის შეწყვეტის, წინასწარ გაცხადებული ნების გათვალისწინების შესახებ და სხვა).

გ) კონსულტაციების გაწევა სამედიცინო პერსონალისთვის, პაციენტებისა და მათი ნათესავებისთვის ამა თუ იმ კონკრეტული კლინიკური შემთხვევის ეთიკური ასპექტების შესახებ.

დ) წარსულში პაციენტის მკურანალობასთან დაკავშირებით მიღებული გადაწყვეტილებების ეთიკური ასპექტების რეტროსპექტული განხილვა.

კომენტარი: სამედიცინო ეთიკის კომისიების (კომიტეტების) შექმნის ტრადიცია უკვე ჩამოყალიბდა ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში. აქ სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევების შემფასებელი ეთიკური კომისიები და ე.წ. საავადმყოფოების ეთიკის კომიტეტები, როგორც წესი, ცალ-ცალკე არსებობენ. ამათგან პირველი ტიპის კომისიებს არსებობის უფრო დიდი ხნის ისტორია აქვთ. საქართველოშიც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ეთიკის კომისიები ცალკე იქმნება.

თავი 4. სამედიცინო ეთიკის კომისიის სტრუქტურა და წევრები

8. კომისია ფუნქციონირებს სამედიცინო დაწესებულებაში და წარმოადგენს დამოუკიდებელ ორგანოს, რომელიც ანგარიშვალდებულია დაწესებულების სამედიცინო დირექტორის (მთავარი ექიმის) წინაშე.

9. სამედიცინო ეთიკის კომისიის შემადგენლობა მულტი-დისციპლინურია, ე.ი. მისი წევრები სხვადასხვა სამედიცინო სპეციალობების და პროფესიის ადამიანები არიან. წევრთა მინიმალური რაოდენობა განისაზღვრება 5 პირით.

10. სამედიცინო ეთიკის კომისიის შემადგენლობაში უნდა შედიოდეს:

ა) მულტიპროფილური სამედიცინო დაწესებულებების თითოეული განყოფილების, სულ მცირე, ერთი ექიმი.

ბ) ექთანი (ექთნები).

გ) სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენელი.

11. სამედიცინო ეთიკის კომისიის შემადგენლობაში შეიძლება შედიოდეს:

ა) ეთიკოსი (ბიოეთიკოსი).

ბ) ღვთისმსახური.

გ) იურისტი.

დ) საზოგადოების წარმომადგენელი.

12. სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო დირექტორი (მთავარი ექიმი) თანამდებობრივად არის კომისიის წევრი, ხმის უფლების გარეშე. სამედიცინო დირექტორს შეუძლია კომისიის მუშაობაში მონაწილეობის მიღება თავის წარმომადგენლეს დაავალოს.

13. კომისიას შეუძლია გააფართოოს თავისი შემადგენლობა და სხვადასხვა კონკრეტული საკითხების განხილვის დროს მოიწვიოს სათანადო სპეციალისტები.

14. შესაძლებელია კომისია შექმნას რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებამ ერთად. ასეთ შემთხვევაში კომისიის წევრები შემდეგი პრინციპით შეირჩევა: თითოეული დაწესებულებიდან კომისიის წევრად დასახელებული უნდა იყოს სულ მცირე ერთი ექიმი, ერთი ექთანი და ერთი ადმინისტრაციის წარმომადგენელი.

15. სამედიცინო ეთიკის კომისიის წევრებს და თავმჯდომარეს დაწესებულების ერთეულებთან (განყოფილებებთან) კონსულტაციების საფუძველზე ასახელებს სამედიცინო დირექტორი.

16. სამედიცინო ეთიკის კომისიის შემადგენლობა განისაზღვრება ორი წლის ვადით.

კომენტარი: სამედიცინო ეთიკის კომისიის "მაღალ დონეზე" შექმნას და მის დაქვემდებარებას სამედიცინო დაწესებულების მთავარი ექიმისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. აღნიშნული აუცილებელია თვით სამედიცინო ეთიკის კომისიის და მის მიერ შემუშავებული რეკომენდაციების მნიშვნელობის ხაზგასასმელად. აბსოლუტურად დამოუკიდებელი ორგანოს სახით სამედიცინო ეთიკის კომისიების ჩამოყალიბება (რომელიც არ

არის აგარიშვალდებულნი ადმინისტრაციის წინაშე) მათ მნიშვნელობას საეჭვოს გახდის. ყოველ შემთხვევაში, ასეთია ამ დარგში საკმარისი გამოცდილების მქონე ქვეყნების (პოლანდია, ინგლისი, აშშ) ექსპერტთა აზრი.

ასევე მნიშვნელოვანია მოთხოვნა, რომლის მიხედვითაც ეთიკის კომისია არ უნდა იყოს არჩევითი ორგანო და საავადმყოფოების განყოფილებები არ უნდა ირჩეოდნენ თავის კოლეგას ეთიკის კომისიაში. საქმე ის არის, რომ ეთიკის კომისიის წევრი არ უნდა წარმოადგენდეს ამა თუ იმ კონკრეტული სტრუქტურის ინტერესს, მან ზოგადად, თავის პროფესიასთან, სპეციალობასთან თუ სუბსპეციალობასთან დაკავშირებული მსოფლმხედველობა უნდა წარმოაჩინოს.

ეთიკის კომისიების ნაყოფიერებას მნიშვნელოვნად გაზრდის, ჯანდაცვის იურისტების, ეთიკოსების, განსაკუთრებით ბიოეთიკოსების, მონაწილეობა. ამავე დროს, იმის გათვალისწინებით, რომ სადღეისოდ ძალზე გართულდება ამ პროფესიის ადამიანების მოძიება, წინამდებარე დოკუმენტი ამ პროფესიონალებს არ განიხილავს ეთიკის კომისიების სავალდებულო წევრებად. დროთა განმავლობაში ბიოეთიკოსები, შესაძლოა ჯანდაცვის იურისტებიც, სამედიცინო ეთიკის კომისიების მუშაობის პროცესის სავალდებულო მონაწილენი გახდებიან.

თავი 5. სამედიცინო ეთიკის კომისიის საქმიანობა

სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის, პაციენტების, მათი ახლობლების, საზოგადოების განათლება სამედიცინო მომსახურების პროცესში აღმოცენებული პრობლემების ეთიკური ასპექტების შესახებ.

17. საგანმანათლებლო მუშაობა სამედიცინო საქმიანობის, ექიმის და პაციენტის ურთიერთობის, ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების ეთიკური ასპექტების შესახებ სამედიცინო ეთიკის კომისიის ძირითადი ფუნქციაა. განათლება შემდეგი ფორმით მიმდინარეობს:

ა) ურთიერთგანათლება სამედიცინო ეთიკის კომისიის წევრების მიერ.

კომენტარი: სამედიცინო ეთიკის კომისიის შეხვედრების გარკვეული ნაწილი მედიცინის ეთიკური ასპექტების განხილვას, ახალი სტატიების, წიგნების, საერთაშორისო დოკუმენტების გაცნობას და აზრთა გაზიარებას უნდა დაეთმოს. აღნიშნული საშუალებას მისცემს ეთიკის კომისიას გაზარდოს თავისი უნარი სრულიად განსხვავებული ეთიკური პრობლემების გააზრებისა და სათანადო რეკომენდაციების შემუშავებისა.

ბ) სამედიცინო პერსონალის განათლება.

სამედიცინო ეთიკის კომისია სამედიცინო პერსონალის განათლებას ეწევა ლექცია-სემინარების, პრეზენტაციების, რეგულარული ბიულეტენების, ბუკლეტების გამოცემის გზით. ცალკეულ შემთხვევებში შესაძ-ლებელია სასწავლო კურსების ორგანიზებაც, რომელთა გავლაც სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლების შემადგენელად შეიძლება იქცეს.

კომენტარი: ექიმების, ექთნების და პაციენტის მკურნალობასა და მოვლასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სხვა პერსონალის განათლება სამედიცინო მომსახურების ეთიკური ასპექტების შესახებ საშუალებას იძლევა გაიზარდოს აღნიშნული პროფესიონალების მზადყოფნა გაიზარდონ, ადეკვატურად შეაფასონ და გადაჭრან პაციენტის მკურნალობის პროცესში წამოჭრილი ეთიკური პრობლემები. კომისიის აღნიშნული მიმართულებით მუშაობას გარკვეული თვალსაზრისით პრევენციული ღირებულება აქვს. თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის, ბიოეთიკის საკითხებში სათანადოდ "გარკვეული" პერსონალისთვის შედარებით იოლია თავიდან აიცილოს ზნეობრივი კონფლიქტები.

გ) საზოგადოების განათლება.

კომენტარი: აღნიშნული საქმიანობა სამედიცინო ეთიკის კომისიის მუშაობის აუცილებელი კომპონენტი არ არის. სამედიცინო ეთიკის კომისიამ საზოგადოების საგანმანათლებლო ფუნქცია შეიძლება იტვირთოს სხვა კლინიკების ანალოგიურ კომისიებთან და/ან ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანოებთან შეთანხმებით.

რეკომენდაციების, სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავება, რომლებიც დაეხმარება სამედიცინო პერსონალს სამედიცინო დახმარების პროცესში აღმოცენებული ეთიკური პრობლემების გადაჭრაში.

18. რეკომენდაციების და სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავება აუცილებელია სამედიცინო პერსონალისთვის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში დახმარების აღმოჩენის მიზნით. ხშირად საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები არ იძლევა ცალსახა განმარტებას ამა თუ იმ პრობლემის გარშემო. ასეთ შემთხვევებში სამედიცინო ეთიკის კომისიას, არსებული კანონმდებლობის ჩარჩოებში შეუძლია შეიმუშაოს კონკრეტული სქემები, რეკომენდაციები სამედიცინო პერსონალის ქცევის შესახებ ეთიკური თვალსაზრისით რთულ სიტუაციებში. (მაგ.: უსარგებლო კარდიოპულმონური რეანიმაციის შეწყვეტა, წინასწარ-გაცხადებული ნების გათვალისწინება, რაც შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს პაციენტის ინტერესებს და სხვა).

კონსულტაციები სამედიცინო პერსონალისთვის, პაციენტებისა და მათი ნათესავებისთვის ამა თუ იმ კონკრეტული კლინიკური შემთხვევის ეთიკური ასპექტების შესახებ.

19. სამედიცინო ეთიკის კომისიამ შეიძლება განიხილოს კონკრეტული შემთხვევებიც.

კომისია უნდა დაეხმაროს სამედიცინო პერსონალს, პაციენტს და/ან მის ნათესავებს გააცნობიერონ რა ეთიკური პრობლემები ახლავს ამ კონკრეტულ სიტუაციას და რა უნდა იქნეს გათვალისწინებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. ასეთ შემთხვევებში სამედიცინო ეთიკის კომისია მზა რეკომენდაციების მიღებას უნდა მოერიდოს. დაუშვებელია სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ გადაწყვეტილების ერთპიროვნულად მიმღები ორგანოს როლში გამოსვლა.

კონკრეტული შემთხვევების განხილვის პროცედურა სპეციფიკურია და წარიმართება ამ დოკუმენტის 6.4 პუნქტში მოცემული დებულებების მიხედვით.

წარსულში პაციენტის მკურანალობასთან დაკავშირებით მიღებული გადაწყვეტილებების ეთიკური ასპექტების რეტროსპექტული განხილვა.

20. აღნიშნულ საქმიანობას გარკვეულწილად საგანმანათლებლო მნიშვნელობა აქვს. რეტროსპექტული განხილვების დროს აუცილებელია პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვის უზრუნველყოფა.

თავი 6. სამედიცინო ეთიკის კომისიის მუშაობის ორგანიზაცია

21. საავადმყოფოს ადმინისტრაცია უზრუნველყოფს კომისიას სამუშაო პირობებით (ფართობი, კომუნიკაცია, საკანცელარიო მასალა, ტექნიკური პერსონალი და სხვა).

22. სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო დირექტორი ეხმარება კომისიის თავმჯდომარეს სხდომების ორგანიზებაში. სხდომების ორგანიზების პროცედურა განისაზღვრება კომისიის წესდებით.

23. კომისია სხდომებს მართავს იმ სიხშირით, რაც აუცილებელია მისი ფუნქციების შესრულებისათვის. ამავე დროს, სხდომების სიხშირე არ უნდა იყოს თვეში ერთზე ნაკლები.

24. კომისიის სხდომა, რომელიც განიხილავს კერძო შემთხვევებს და კონსულტაციას უწევს სამედიცინო პერსონალის და/ან პაციენტს და/ან მის ახლობელს იმართება შემდეგი წესების დაცვით:

ა) კონსულტაციისთვის კომისიას წერილობით მიმართავს:

– მკურნალი ექიმი;

– სხვა სამედიცინო პერსონალი, რომელიც საჭიროდ თვლის საკითხის განხილვას კომისიის მიერ.

ბ) თუ კომისიას საკონსულტაციოდ მიმართავს არა მკურნალი ექიმი, არამედ სხვა პირი, მკურნალ ექიმს აუცილებლად უნდა ეცნობოს, რომ საკითხი განსახილველად გადაეცა კომისიას. კომისიის დასკვნას მკურნალ ექიმს აწვდის კომისიის წევრი ექიმი.

25. კომისია შეუძლია უარი თქვას საკითხის განხილვაზე, რაც სათანადოდ უნდა იქნეს დასაბუთებული.

26. კომისიის მიერ საკითხის განხილვამდე აუცილებლად უნდა იქნეს მიღებული პაციენტის, ან მისი ქმედუწუნარობის შემთხვევაში, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა საკითხის განხილვის შესახებ.

27. საკითხის განხილვისას სხდომაზე შეიძლება მოწვეული იქნეს პაციენტი ან მისი ახლობელი.

28. საკითხის მოსმენის შემდეგ კომისიამ შეიძლება მოითხოვოს, რომ პაციენტმა და/ან მისმა ახლობელმა დატოვოს კომისიის სხდომა, რათა კომისიამ დამოუკიდებლად იმსჯელოს შემთხვევის შესახებ.

29. თუ პაციენტი ქმედუწუნაროა, ხოლო მისი კანონიერი წარმომადგენელი (ახლობლები) არ ზრუნავენ პაციენტისათვის სასარგებლო გადაწყვეტილების მიღებაზე, კომისიამ შემთხვევა შეიძლება განიხილოს მათი თანხმობისა და მონაწილეობის გარეშე.

30. კომისიის წევრებმა უნდა უზრუნველყონ პაციენტის შესახებ საკითხის განხილვის პროცესში მიღებული ინფორმაციის კონფიდენციალურობა.

31. თუ კომისიის მუშაობაში მონაწილეობას იღებს მოწვეული კონსულტანტი, მან წერილობით უნდა დაადასტუროს, რომ საიდუმლოდ შეინახავს პაციენტის შესახებ მიღებულ კონფიდენციალურ ინფორმაციას.

32. კომისიის თავმჯდომარე აფორმებს დასკვნას სხდომის შესახებ, რომელიც უნდა შეიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას:

ა) კომისიის სხდომის თარიღი;

ბ) ვინ იღებდა კომისიის სხდომაში მონაწილეობას;

გ) სხდომის ჩატარების მიზეზი და კონსულტაციის ხასიათი;

დ) რა ინფორმაცია მიეწოდა სხდომაში მონაწილეებს;

ე) კომისიის რეკომენდაცია.

33. პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში (ავადმყოფობის ისტორია) უნდა გაკეთდეს ჩანაწერი კომისიის სხდომის ჩატარების შესახებ, რომელიც უნდა ასახავდეს კომისიის დასკვნაში არსებულ ინფორმაციას.

34. კომისიის დასკვნა სავალდებულო არ არის სამედიცინო პერსონალის, პაციენტის ან მისი ახლობლებისთვის

2. სამართლებრივი აქტი - ზოგიერთი სამედიცინო ჩარევის ჩატარებამდე პაციენტისაგან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შესახებ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №238/ნ

2000 წლის 5 დეკემბერი

ქ. თბილისი

ზოგიერთი სამედიცინო ჩარევის ჩატარებამდე პაციენტისაგან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შესახებ

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კანონმდებლობით გათვალისწინებული მოქალაქეთა უფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად, “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონის II თავის მე-8 მუხლის შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალმა, ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო ჩარევების ჩატარებამდე, პაციენტისაგან მიიღოს წერილობითი ინფორმაციული თანხმობა:

ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, მცირე ქირურგიული მანიპულაციების გარდა;

ბ) აბორტი;

გ) სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;

დ) ენდოსკოპია;

ე) რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევები;

ვ) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;

ზ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;

თ) გენეტიკური ტესტირება;

ი) გენური თერაპია;

კ) სხივური თერაპია;

ლ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია.

2. დაევალოს აფხაზეთისა და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროებს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტებს, ქ. ფოთის და დაბა მესტიის მოსახლეობის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამმართველოებს, ქ.თბილისის მერიის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახურს უზრუნველყონ ბრძანების დაყვანა ყველა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებამდე და უზრუნველყონ მისი შესრულების კოორდინაცია.

3. კონტროლი ბრძანების შესრულებაზე დაევალოს მინისტრის მოადგილეს ა. გამყრელიძეს.

ა. ჯორბენაძე

3. სამართლებრივი აქტი - სამედიცინო დაწესებულებიდან შინაგან საქმეთა სამინისტროს სტუქტურისათვის ოპერატიული ინფორმაციის მიწოდების შესახებ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №239/ნ

2000 წლის 5 დეკემბერი

ქ. თბილისი

სამედიცინო დაწესებულებებიდან შინაგან საქმეთა სამინისტროს სტრუქტურისათვის ოპერატიული ინფორმაციის მიწოდების შესახებ

დამნაშავეობასთან ბრძოლის გააქტიურებამ დღის წესრიგში დააყენა სამედიცინო დაწესებულებებიდან შინაგან საქმეთა სამინისტროსათვის ოპერატიული ინფორმაციის აუცილებელი და დროული მიწოდების საკითხის რეგულირება, რაც მნიშვნელოვნად დაეხმარება პოლიციას დანაშაულებათა გამოვლენისა და მათი ოპერატიულად

გამომიების საქმეში. აღნიშნულიდან გამომდინარე “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონის V თავის 45-ე მუხლის შესაბამისად, **ვბრძანებ:**

1. დამტკიცდეს სამედიცინო დაწესებულებებიდან სამართალდამცავი ორგანოებისათვის ცნობების მიწოდების ინსტრუქცია (დანართი 1).

2. დაევალოს აფხაზეთისა და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროებს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტებს, ქ.ფოთის და დაბა მესტიის მოსახლეობის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამმართველოებს, ქ.თბილისის მერიის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახურს უზრუნველყონ მათდამი დაქვემდებარებულ რეგიონებში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებში მოცემული ბრძანების შესრულების ორგანიზაცია და სათანადო კონტროლი.

3. ძალადაკარგულად ჩაითვალოს საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1986 წლის 14 იანვრის № 10/20 ბრძანება.

4. კონტროლი ბრძანების შესრულებაზე დაევალოს მინისტრის პირველ მოადგილეს ა. გამყრელიძეს.

ა. ჯორბენაძე

დანართი 1

სამედიცინო დაწესებულებებიდან სამართალდამცავ ორგანოებში ცნობების მოწოდების ინსტრუქცია

1. პოლიციისათვის ცნობის გადაცემას ექვემდებარება:

ა) ყველა ტრავმული და ტრავმაზე საექმო შემთხვევა, როცა პაციენტი იმყოფება უგონო მდგომარეობაში, ან ავადმყოფი მიუთითებს ნაძალადევ ქმედებაზე.

ბ) უეცარი სიკვდილის ყველა შემთხვევა.

გ) ნაძალადევი სიკვდილის ყველა შემთხვევა.

დ) მოწამლაზე საექმო შემთხვევა, როცა პაციენტი იმყოფება უგონო მდგომარეობაში, ან ავადმყოფი მიუთითებს ნაძალადევ ქმედებაზე.

ე) ქიმიური ან რადიაციული მოწამელის ყველა და კვებითი ტოქსიკოინტოქსიკაციის ჯგუფური შემთხვევა.

ვ) საავადმყოფოში გვამის მოყვანიდან, ან 24 საათში სიკვდილის ყველა შემთხვევა, თუ ის უკავშირდება ნაძალადევ ქმედებას.

2. ტელეფონოგრამის გაგზავნის შესახებ ცნობა უნდა დაფიქსირდეს სტაციონარის მიმღებ ჟურნალში.

3. ცნობის გაცემაზე პასუხისმგებელია საავადმყოფოს მორიგე ექიმი.

4. ტრავმული დაზიანებით ამბულატორულ დაწესებულებაში მოყვანილი ყველა შემთხვევის შესახებ ცნობა უნდა დაფიქსირდეს ამბულატორიის სარეგისტრაციო ჟურნალში.

5. ცნობის გაცემაზე პასუხისმგებელია ის ექიმი, რომელმაც აღმოუჩინა პირს სამედიცინო დახმარება.

6. სასწრაფო დახმარების ექიმი გამოძახების დროს გვამის აღმოჩენის შემთხვევაში ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ აცნობოს პოლიციას და შემთხვევის ადგილზე დაელოდოს მის მოსვლას.

7. თუ, აუცილებელია პირის სტაციონარში გადაყვანა, სასწრაფო დახმარებას იგი გადაჰყავს სტაციონარში. ამის შემდეგ, შემდგომ მოქმედებაზე პასუხს აგებს სტაციონარის მორიგე ექიმი.

8. ამ პუნქტში ჩამოთვლილ შემთხვევებში, სასწრაფო დახმარების მიერ ბინაზე გაწეული დახმარების დროს სასწრაფო დახმარების ექიმი ვალდებულია აცნობოს პოლიციას და აღნიშნული ფაქტი დააფიქსიროს გამოძახების სარეგისტრაციო ჟურნალში.

9. იმ, შემთხვევაში თუ ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულებიდან არ ხერხდება პოლიციაში სატელეფონო კავშირის დამყარება, დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ არა უგვიანეს 24 სთ-ში აცნობოს პოლიციას.

4. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

საქართველოს კანონი

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

თავი I. ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1

ეს კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

მუხლი 2

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, ამ კანონის და სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 3

გამოყენებულ ცნებებს, თუ კანონში არ არის განსაკუთრებული მითითება, აქვს შემდეგი მნიშვნელობა:

- ა) ავტონომია პაციენტის – პაციენტის უფლება, დამოუკიდებლად განსაზღვროს მისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი;
- ბ) აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი;
- გ) არამართვადი ინფექციები – ინფექციური დაავადებები, რომელთა წინააღმდეგ არ არსებობს სპეციფიკური პროფილაქტიკის მაღალეფექტური საშუალებები;
- დ) დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა – უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;
- დ¹) დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა – შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;
- ე) დონორი – ცოცხალი ადამიანი ან გარდაცვლილი, რომლისგანაც იღებენ ორგანოს, ორგანოთა ნაწილს, ქსოვილს სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის ან სხვა ადამიანის მკურნალობის მიზნით;
- ვ) ევთანაზია – უკურნებელი სენით დაავადებული, სიკვდილისწინა სტადიაში მყოფი ავადმყოფის სიცოცხლის განზრახ შეწყვეტა მისივე თხოვნით;
- ზ) ენდემური დაავადება – განსაზღვრულ ტერიტორიაზე მოქმედი მავნე ფაქტორებით ან ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი რაიმე ფაქტორის დეფიციტით გამოწვეული დაავადება;
- ზ¹) ვაუჩერი – სახელმწიფოს მიერ მიზნობრივი ჯგუფისათვის გადაცემული, მიმოქცევადი მატერიალიზებული ან/და არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური ინსტრუმენტი, რომელიც განკუთვნილია სამედიცინო მომსახურების ან პირადი დაზღვევის დასაფინანსებლად;
- თ) თანდაყოლილი დაავადება – ჰიპოთირეოზი, ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია ან ადრენოგენიტალური სინდრომი;
- ი) განსაკუთრებით საშიში პათოგენები – იმ განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამომწვევი, მაღალი გადამდებლობის მქონე ბიოლოგიური აგენტები და ტოქსინები, რომლებსაც შეუძლიათ მძიმე ზიანი მიაყენონ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას;
- კ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ;
- კ¹) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) – მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელსაც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით ამტკიცებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი;
- კ²) კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანამიმდევრობა, რომლებსაც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით ამტკიცებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი;
- ლ) კრიტიკული მდგომარეობა – ჯანმრთელობის მოშლის ფორმა, როდესაც ადამიანის სიცოცხლე საფრთხეშია და დაუყოვნებელი მკურნალობის გარეშე სიკვდილი გარდაუვალია;
- მ) მეორე ზარი – ავადმყოფობის დიაგნოზის, პროგნოზის, მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდის შესახებ იმ სპეციალისტის ზარი, რომელსაც პაციენტი მიმართავს მკურნალი ექიმის გვერდის ავლით იმ შემთხვევაში, თუ იგი არ არის დარწმუნებული დიაგნოზისა და მკურნალობის სისწორეში ან განზრახული სამკურნალო მეთოდის გამოყენებას თან სდევს სერიოზული შედეგები (მაგალითად, დამასახიჩრებელი ოპერაცია);
- ნ) მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა – „სოციალური სიკვდილი“, ქრონიკული უგონო მდგომარეობა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სიფხიზლისა და ძილის მონაცვლეობა და, ამავე დროს, ქცევითი ან თავის

ტვინის აქტიურობისათვის დამახასიათებელი გაცნობიერებული ქმედებების, გარემო გამღიზიანებლებზე და მოვლენებზე ადეკვატური რეაქციის არარსებობა;

ო) მცდარი სამედიცინო ქმედება – ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა;

ო¹) მხარდაჭერის მიმღები – საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მე-12 მუხლის მე-4 და მე-5 ნაწილებით განსაზღვრული პირები;

პ) ნაგულისხმები თანხმობა – სიტუაცია, როდესაც პაციენტმა მიმართა ექიმს სამედიცინო დახმარების მისაღებად, ხოლო ეს უკანასკნელი, მიუხედავად წერილობითი ან სიტყვიერი შეთანხმების არსებობისა, გაესაუბრა მას, გასინჯა და ა.შ. ამ მომენტიდან ექიმს ეკისრება კანონით გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა პაციენტის მიმართ;

ჟ) პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა – გვამის გაკვეთა სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმის მიერ სიკვდილის მიზეზის ან/და დაავადების დიაგნოზის დადგენის, სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით;

რ) პაციენტი – პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს სამედიცინო დახმარებით;

ს) პაციენტის ნათესავი – პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით, აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში;

ტ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას;

ტ¹) გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება – სამედიცინო დახმარება, რომლის გარეშეც გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება;

ტ²) ოჯახის ექიმი – ექიმი-სპეციალისტი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უფლება აქვს პირველადი მრავალპროფილური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს ყველა ასაკის ორივე სქესის პირს;

ტ³) პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი – ნორმატიული აქტით დადგენილი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ სავალდებულო პროფილაქტიკური აცრების ჩატარების ასაკობრივი მაჩვენებლები, ვადები და წესები;

ტ⁴) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;

[ტ 4) პალიატიური მზრუნველობა – მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურება, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს; (ამოქმედდეს 2019 წლის 1 ოქტომბრიდან)]

ტ5) პალიატიური მკურნალობა – სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებით შემსუბუქება;

[ტ 6) ჰოსპისური მზრუნველობა – პალიატიური მზრუნველობის ნაწილი, განკუთვნილი ინკურაბელური პაციენტებისთვის, რომელთა სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა შეზღუდულია. ჰოსპისურ მზრუნველობას ახორციელებს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალიზებული გუნდი.

საჭიროებისამებრ, იგი ხორციელდება როგორც ჰოსპისში, ისე ბინაზე, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში ან მულტიპროფილურ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ჰოსპისური მზრუნველობის დროს დაავადების განკურნებაზე ორიენტირებული სამედიცინო ჩარევები აღარ გამოიყენება და ხორციელდება მხოლოდ დაავადების სიმპტომთა მართვისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ მიმართული სამედიცინო ჩარევები. ბავშვთა მიმართ ჰოსპისური მზრუნველობის დროს შესაძლებელია სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არ შეიზღუდოს და პარალელურად განხორციელდეს ძირითადი დაავადების მკურნალობაზე ორიენტირებული ჩარევები;

ტ 7) ხანგრძლივი მოვლა – მომსახურებათა ერთობლიობა, რომლის მიზანია ქრონიკული დაავადების ან/და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო საჭიროების დაკმაყოფილება, როდესაც ამ პირს ხანგრძლივად არ შეუძლია თავის მოვლა; (ამოქმედდეს 2019 წლის 1 ოქტომბრიდან)]

უ) რეანიმაცია – სიცოცხლის აღდგენისათვის გამოყენებული ღონისძიებების კომპლექსი;

ფ) რეციპიენტი – პაციენტი, რომლისათვისაც გადანერგვის მიზნით განკუთვნილია დონორისაგან აღებული ორგანოები, ორგანოთა ნაწილები ან ქსოვილები;

ფ¹) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა – სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა დაავადებათა პრევენციის, მათი გავრცელების შესწავლისა და, შესაბამისად, კონტროლის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობის გზით;

ქ) განსაკუთრებით საშიში ინფექციები – მაღალი პათოგენობის მქონე ბიოლოგიური აგენტებით გამოწვეული დაავადებები, რომლებიც განსაკუთრებულ რისკს უქმნის ადამიანის ან/და ცხოველის ჯანმრთელობას;

ღ) სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა – ადამიანზე ან ცხოველზე ჩატარებული ნებისმიერი ექსპერიმენტი, რომლის ერთადერთი ან ერთ-ერთი მიზანია მედიცინის სფეროში ცოდნის გაღრმავება;

ყ) სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა – პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება;

შ) სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი – სამედიცინო დახმარების იმ მოცულობის ჩამონათვალი, რომლის საფასურის ანაზღაურება ნაკისრი აქვს სახელმწიფოს;

ჩ) სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო – ექიმის და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ პროფესიული საქმიანობის პროცესში პაციენტის ფიზიკური, ფსიქიკური მდგომარეობის, მისი საზოგადოებრივი ან სამსახურებრივი საქმიანობის, ოჯახური ან პირადი ცხოვრების შესახებ მიღებული ინფორმაცია; მოიცავს ექიმისათვის მიმართვის ფაქტსაც, აგრეთვე, სიკვდილის გარემოებებს;

ჩ¹) სამედიცინო საქმიანობა (სამედიცინო მომსახურება) – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებასთან, გაუმჯობესებასთან და აღდგენასთან (ფსიქიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ფიზიკურ რეაბილიტაციასთან), პალიატიურ მზრუნველობასთან, პაციენტის სამედიცინო მოვლასთან, პროთეზირებასთან, პაციენტის სამედიცინო ტრანსპორტირებასთან, პაციენტის სამედიცინო განათლებასთან, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზასთან, სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზასთან, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებთან და სამედიცინო დაწესებულებებში გაწეულ, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებულ თანმხლებ მომსახურებასთან და ხორციელდება დადგენილი წესით;

ც) სამედიცინო ჩარევა – ნებისმიერი მანიპულაცია, პროცედურა, რომელსაც ატარებს ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით;

ც¹) ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი – ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი

და სხვა პირები, რომელთა საქმიანობაც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან, სასამართლო -

სამედიცინო ექსპერტიზასთან, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

დაცვის სპეციალისტები, სამედიცინო და ჯანმრთელობის სერვისების მენეჯერები;

ც²) სამედიცინო ტექნოლოგიები — სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციურ-ტექნოლოგიური მოწყობის წესი;

ც³) საოჯახო მედიცინა – პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული სამედიცინო დისციპლინა, დამოუკიდებელი და სხვა დისციპლინებისაგან განსხვავებული პროფესიული მზადების, კვლევისა და კლინიკური საქმიანობის სისტემით;

ც⁴) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა – საპროცესო მოქმედების წარმოებისას წამოჭრილი სამედიცინო-ბიოლოგიური საკითხების დადგენის პროცესი;

ძ) სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტები – ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის გამოყენებული პრეპარატები, რომელთა მუდმივი მიღება აუცილებელია სიცოცხლის, ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად (მაგ. ინსულინი);

ძ¹) სპეციალობის აღწერილობა – იმ საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალი, რომელთა ცოდნა და ათვისება აუცილებელია ამა თუ იმ საექიმო სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმისათვის;

წ) ტერმინალური სტადია – უკურნებელი დაავადების ან მდგომარეობის სიკვდილისწინა სტადია;

ჭ) ტვინის სიკვდილი – თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის ზედა

სეგმენტების ფუნქციების სრული და შეუქცევადი შეწყვეტა სუნთქვისადა სისხლის მიმოქცევის სპეციალური საშუალებებით შენარჩუნების ფონზე;

ხ) უწყვეტი სამედიცინო განათლება – უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალიზებული სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ-ჩვევების განმტკიცებასა და გაუმჯობესებას უწყობს ხელს (კონგრესებში, კონფერენციებში მონაწილეობა, ნაშრომების გამოქვეყნება, სწავლება და სხვა);

ხ¹) უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადება – უმაღლესი სამედიცინო განათლების შემდგომი პროფესიული მზადება, რომელიც ეფუძნება პრაქტიკულ საექიმო საქმიანობას და რომლის მიზანია საექიმო სპეციალობის დაუფლება;

ხ²) უწყვეტი პროფესიული განვითარება – უმაღლესი სამედიცინო განათლების და უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა;

ჯ) ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა – შრომის, ყოფა-ცხოვრების, დასვენების, კვების, სწავლების, აღზრდის, რადიაციული და ქიმიური უსაფრთხოების განმსაზღვრელი სანიტარიულ-ჰიგიენური წესებისა და ნორმების და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესების დაცვაზე ზედამხედველობა, ქვეყნის საზღვრებზე სახელმწიფო სანიტარიულ-ჰიგიენურ და სანიტარიულ-საკარანტინო ზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკითხები;

კ) ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (ჯანმრთელობის განმტკიცება) – ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განსამტკიცებლად მიმართული საგანმანათლებლო, სოციალური, ეკონომიკური, გარემოს და პროფესიული ფაქტორების კომპლექსი;

კ¹) ეპიდემიოლოგიური კონტროლი – გადამდები დაავადებების ეპიდემიური პროცესის მართვის პროფილაქტიკურ და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა სისტემა.

კ²) (ამოღებულია);

კ³) ამოუცნობი გვამი – გვამი, რომლის აღმოჩენის შემდეგ, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად განხორციელებული ღონისძიებების მიუხედავად, დადგენილ ვადაში ვერ მოხერხდა მისი იდენტიფიცირება და რომლის დაკრძალვას უზრუნველყოფს სახელმწიფო;

კ⁴) უპატრონო გვამი – გვამი, რომელიც იდენტიფიცირებულია, მაგრამ გარდაცვლილის ნათესავის, კანონიერი წარმომადგენლის ან მემკვიდრეობის მიღებაზე უფლებამოსილი სხვა პირის დადგენა (მოძიება) შეუძლებელია, და რომლის დაკრძალვას უზრუნველყოფს სახელმწიფო, ან გვამი, რომელიც იდენტიფიცირებულია, გარდაცვლილის ნათესავი, კანონიერი წარმომადგენელი ან მემკვიდრეობის მიღებაზე უფლებამოსილი სხვა პირი დადგენილია (მოძიებულია), მაგრამ იგი უარს აცხადებს მის დაკრძალვაზე;

კ⁵) შერჩევითი კონტროლი – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენტური ორგანოს მიერ დარღვევის რისკის შეფასების შესაბამისად განხორციელებული ადმინისტრაციული ქმედება.

მუხლი 4

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

- ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში;
- ბ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება;
- გ) ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში;
- დ) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან და მისი მართვადობის უზრუნველყოფა;
- ე) პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის, აგრეთვე ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილი პირის დისკრიმინაციისაგან დაცვა სამედიცინო დახმარების გაწევისას;
- ვ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება;
- ზ) მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ;
- თ) ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა;
- ი) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;
- კ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის, მათ 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;
- ლ) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ექიმთა სერტიფიცირების, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებისა და სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემისათვის;
- მ) სახელმწიფოს, საზოგადოების, თიოთოეული მოქალაქის მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში, საცხოვრებელი, სამუშაო და დასასვენებელი გარემოს დაცვაში;
- ნ) სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და თანაბარუფლებიანი არსებობა;
- ო) მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება;
- პ) სახელმწიფოს მიერ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული წესით ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება; სახელმწიფო სექტორის ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების თვითანაზღაურებისა და თვითმმართველობის უზრუნველსაყოფად საფინანსო, სამეურნეო, სახელშეკრულებო ურთიერთობებისა და მართვის სისტემის ავტონომია კანონმდებლობით დადგენილი წესით;
- ჟ) არსებული რესურსების შესაბამისად სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო-ბიოლოგიური და ჯანმრთელობის დაცვის კვლევათა დაფინანსება, ამ მიზნით კერძო სექტორიდან სახსრების მოსაზიდად ხელსაყრელი პირობების შექმნა;
- რ) 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;

თავი II. მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

მუხლი 5

საქართველო ს მოქალაქეს ა და საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირს უფლება აქვთ, ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით, რასაც გან ა ხორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი, განურჩევლად საკუთრებისა და სამართლებრივი ფორმისა.

საქართველოს 2012 წლის 25 მაისის კანონი №6301 – ვებგვერდი, 12.06.2012წ.

მუხლი 6

1. დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი დამოკიდებულების გამო.

2. დაუშვებელია პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების გაწევისას.

მუხლი 7

საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს მისთვის გასაგები ფორმით მიიღოს ამომწურავი და ობიექტური ინფორმაცია, აგრეთვე, მოიძიოს მეორე აზრი საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. გარდა ამ კანონის 41-ე მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

მუხლი 8

1. სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკურ და პალიატიური მზრუნველობის პროცესებში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა. სამედიცინო ჩარევების ჩამონათვალი, რომელთა ჩატარებისათვის აუცილებელია წერილობითი თანხმობა, განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

2. სამეცნიერო კვლევაში მონაწილე ავადმყოფის და ჯანმრთელი მოხალისის უფლებები დაცულია საქართველოს კანონმდებლობით და ადამიანზე ბიოსამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების აღიარებული საერთაშორისო ნორმებით.

3. სამედიცინო განათლების პროცესში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ინფორმირებული თანხმობა.

მუხლი 9

პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევაზე, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით და ამ კანონის 76-ე მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისა, აგრეთვე, უფლება აქვს უარი თქვას სამეცნიერო კვლევაში ან სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობაზე.

მუხლი 10

ყველა ქმედუნარიან პირს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება განუკურნებელი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში აღმოჩენის შემთხვევაში მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 11

მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის სამედიცინო ჩარევის ჩატარება, სამედიცინო განათლებისა და სამეცნიერო კვლევის პროცესში მისი ჩართვა დასაშვებია მხოლოდ პაციენტის მიერ წარსულში (როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი) განცხადებული ნების გათვალისწინებით, ხოლო ასეთი ნების არარსებობისას – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 12

მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევის აუცილებლობისას ან მისი სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობის დროს სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება მხოლოდ პაციენტის ინტერესების გათვალისწინებით.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 13

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა, მათ შორის, შიმშილობის დროს, დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში. სამედიცინო დახმარება გაიწევა ამ კანონით გათვალისწინებული წესების დაცვით.

მუხლი 14

პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შეიცვალოს სამედიცინო პერსონალი და, ან სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით. ხელშეკრულება უნდა იძლეოდეს არჩევანის შესაძლებლობას.

თავი III. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა, ორგანიზაცია და დაფინანსება**მუხლი 15**

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომ – სამინისტრო), რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკითხებზე შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი.

მუხლი 16

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებია:

- ა) ექიმთა სერტიფიცირება, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება, სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემა;
- ბ) სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი;
- გ) საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცება;
- დ) სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების მოწესრიგება;
- ე) ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;
- ვ) პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;
- ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;
- თ) სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;
- ი) სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელის შეწყობა;
- კ) სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმირება და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი;
- ლ) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელის შეწყობა სათანადო ინსტიტუციური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით;
- მ) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094).

სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლისადმი დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირების მიერ შესაბამისი უფლებამოსილების განხორციელებისათვის საქართველოს მთავრობის დადგენილებით შესაძლებელია დაწესდეს მომსახურების საფასური და მისი განაკვეთები, განისაზღვროს საფასურის გადახდისა და გადახდილი საფასურის დაბრუნების წესები, აგრეთვე საფასურის გადახდისაგან გათავისუფლების პირობები.

მუხლი 16¹. (ამოღებულია)

საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.

მუხლი 17

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მუნიციპალიტეტის უფლებამოსილებები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2015 წლის 11 დეკემბრის კანონი №4633 - ვებგვერდი, 23.12.2015წ.

მუხლი 18

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვაში, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში, მონაწილეობენ პროფესიული გაერთიანებები და სხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებები.

მუხლი 19

სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონით ან ვაუჩერის საშუალებით.

სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის პირადი დაზღვევა ხორციელდება ვაუჩერის საშუალებით.

ვაუჩერის გამოყენებით სამედიცინო მომსახურება ან პირადი დაზღვევა, მათ შორის, ვაუჩერის განაღდება და განაღდებასთან დაკავშირებული ოპერაციები, არ არის სახელმწიფო შესყიდვა.

ვაუჩერი პერსონიფიცირებულია. მისი მესაკუთრე შეიძლება იყოს პირი ან პირთა წრე (ოჯახი, თემი და სხვა).

არასრულწლოვნის უფლებების რეალიზება ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

ვაუჩერის პირობების თანახმად, მის მესაკუთრეს აქვს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის თავისუფლად არჩევის უფლება.

სადაზღვევო ორგანიზაციისათვის სადაზღვევო ვაუჩერის გადაცემა გათანაბრებულია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსით გათვალისწინებულ სადაზღვევო შესატანთან (პრემიასთან).

საქართველოს კანონმდებლობით განისაზღვრება გონივრული ვადა, რომლის გაშვებისას სადაზღვევო ორგანიზაციის შეურყევლობის შემთხვევაში შერჩევა (გამოვლენა) შეიძლება განხორციელდეს ვაუჩერის პირობებით.

იმ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის გამოვლენა, რომელიც თანახმაა ვაუჩერის პირობებით მომსახურების გაწევაზე, შეიძლება განხორციელდეს აღნიშნული სამედიცინო მომსახურების

მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ ვაუჩერის პირობებით დადგენილი წესით ნების გამოხატვის საფუძველზე.

ერთნაირი ვაუჩერებით მათი მესაკუთრეები სამედიცინო ან სადაზღვევო მომსახურებას იღებენ თანაბარი პირობებით, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე.

განკარგული ვაუჩერის განაღდება ხორციელდება შესაბამისი გამნადღებელი საბიუჯეტო ორგანიზაციის მიერ ვაუჩერის წარმდგენი ორგანიზაციებისათვის თანხის გაცემით.

ვაუჩერის პირობები (მათ შორის, ვაუჩერის მიმღები ორგანიზაციების ნების გამოხატვის, ვაუჩერის გაცემის წესები, სამედიცინო მომსახურებათა ნუსხა, ვაუჩერის ღირებულება, აგრეთვე ვაუჩერის გამოყენებასთან და ანაზღაურებასთან დაკავშირებული საკითხები და სხვა) განისაზღვრება საქართველოს კანონით ან/და საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262

მუხლი 20

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო უზრუნველყოფს ოფიციალური სტატისტიკის მართებულობას, სიზუსტეს, დროულობას და საჯაროობას კანონმდებლობის შესაბამისად.

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი ვალდებულია სამედიცინო-სტატისტიკური ინფორმაცია დადგენილი წესით მიაწოდოს სამინისტროს.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 21

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს, რომელიც დადგენილი წესით მონაწილეობს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, შესრულებული სამუშაო უნაზღაურდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად დამტკიცებული ანაზღაურებისა და დაფინანსების წესების მიხედვით.

მუხლი 22. (ამოღებულია)

საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171

თავი IV. სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭება

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 23

სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა არაკომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის საქმიანობისაგან.

სერტიფიკატის მინიჭებისას სახელმწიფო იძლევა გარანტიას, რომ მის მფლობელ სპეციალისტს უნარი აქვს, აწარმოოს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობა ქვეყანაში არსებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად.

მუხლი 24

სერტიფიცირება არის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების დონის შეფასება მედიცინის ცალკეულ სპეციალობაში, რაც ხორციელდება უნიფიცირებული სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის მეშვეობით.

სერტიფიცირება სავალდებულოა დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების მოსაპოვებლად.

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 25. (ამოღებულია)

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

მუხლი 26

სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება წარიმართება „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონისა და საქართველოს სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების შესაბამისად.

თავი V. სამედიცინო საქმიანობა

მუხლი 27

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი მოწოდებულია ინდივიდის, ოჯახის და მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის დასაცავად. სამედიცინო საქმიანობის მიზანია ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 28

დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირს, რომელმაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიიღო დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი შესაბამის სპეციალობაში.

მუხლი 29

საქართველოს ან უცხო ქვეყნის მოქალაქეს ან მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომელმაც განათლება ან დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება საზღვარგარეთ მიიღო, საქართველოში საქმიანობის განხორციელება შეუძლია მხოლოდ საგანმანათლებლო დოკუმენტების აღიარების ან/და დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების მოპოვების შემდეგ.

უცხო ქვეყნის საგანმანათლებლო დოკუმენტების აღიარება ხდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

მუხლი 30

სამედიცინო საქმიანობის აღსრულებისას ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალმა უნდა იხელმძღვანელოს ეთიკური ფასეულობებით – ადამიანის პატივისა და ღირსების აღიარების, სამართლიანობის, თანაგრძნობის პრინციპებით, აგრეთვე პროფესიული ეთიკის შემდეგი ნორმებით:

- ა) იმოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად;
- ბ) არ გამოიყენოს თავისი პროფესიული ცოდნა და გამოცდილება ჰუმანიზმის პრინციპების საწინააღმდეგოდ;
- გ) პაციენტის ინტერესებთან დაკავშირებული პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას იყოს თავისუფალი და დამოუკიდებელი, არ იმოქმედოს ანგარებით;
- დ) იზრუნოს პროფესიული საქმიანობის პრესტიჟის ამაღლებაზე, პატივისცემით მოეპყრას კოლეგებს.

სამედიცინო დაწესებულება და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი ვალდებული არიან დაიცვან ინტერესთა შეუთავსებლობის შემდეგი ნორმები:

- ა) პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების პროცესში პაციენტებთან ურთიერთობისას არ იმოქმედონ ანგარებით, მათ შორის, მესამე პირის სასარგებლოდ;
- ბ) არ შევიდნენ გარიგებაში რომელიმე სამედიცინო დაწესებულებასთან ან/და ფარმაცევტულ კომპანიასთან იმ მიზნით, რომ პირადი კომერციული დაინტერესების სანაცვლოდ გამოიყენებენ პაციენტებს და ამით რაიმე მატერიალურ სარგებელს ნახავენ;
- გ) პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების პროცესში დაუშვებელია ფარმაცევტული პროდუქტის განმასხვავებელი ნიშნის მქონე სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების გამოყენება.

ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების დარღვევა გამოიწვევს სამედიცინო დაწესებულების ან/და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის პასუხისმგებლობას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

აკრძალულია პირმა, თავისი თანამდებობრივი ან სხვაგვარი უპირატესობიდან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული პერსონალისაგან მოითხოვოს ამ კანონში მითითებული პრინციპებისა და ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების საწინააღმდეგო ქმედება.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 31

იმ სამედიცინო სპეციალობათა ნუსხას, რომელთა მიღება დასტურდება სახელმწიფო საგანმანათლებლო სერტიფიკატით, ერთობლივად შეიმუშავენ სამინისტრო და საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტრო და ამტკიცებს საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტრო.

მუხლი 32

სამინისტრო განსაზღვრავს:

- ა) დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების გზით მიღებული საექიმო და საექთნო სპეციალობების ნუსხას;
- ბ) მომიჯნავე საექიმო სპეციალობების ნუსხას;
- გ) მომიჯნავე საექთნო სპეციალობების ნუსხას;
- დ) სხვა სამედიცინო სპეციალობების ნუსხას;
- ე) იმ სამედიცინო სპეციალობების ნუსხას, რომლებშიც ეკრძალება მუშაობა ამა თუ იმ დაავადების მქონე დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტს.

ექიმს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ სახელმწიფო სერტიფიკატში აღნიშნულ სპეციალობაში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტს სჭირდება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ან/და აღენიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა და შესაბამისი სპეციალობის ექიმის მოძიება ვერ ხერხდება.

მუხლი 33

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება აქვს უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებულ პირს, რომელმაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიიღო დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი.

მუხლი 34

ექიმის პროფესია თავისი არსით თავისუფალი პროფესიაა. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებრივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რაც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას.

მუხლი 35

სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულები საჯაროდ, დიპლომის მიღების წინ, სახელმწიფო ენაზე დებენ ექიმის ფიცს. ფიცის ტექსტად გამოიყენება „მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მეორე გენერალური ასამბლეის 1948 წლის ქენევის დეკლარაცია“.

მუხლი 36

ექიმს უფლება აქვს, სამედიცინო დახმარება გაუწიოს პაციენტს, თუ იგი, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი მოითხოვს ამას ან ნებას რთავს ექიმს, გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, ან თუ, ნაგულისხმები თანხმობის შემთხვევაში, პაციენტი, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას სამედიცინო დახმარების გაწევისას.

მუხლი 37

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

- ა) არსებობს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა და არ აღინიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, ან პაციენტი არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;
- ბ) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას ექიმის სიცოცხლეს რეალური საფრთხე ემუქრება.

მუხლი 38

ექიმი ვალდებულია აღმოუჩინოს პაციენტს სამედიცინო დახმარება და უზრუნველყოს მისი უწყვეტობა, თუ:

- ა) არსებობს ოფიციალურად გაფორმებული (წერილობითი) ან სიტყვიერი შეთანხმება;
 - ბ) გამოხატულია სიცოცხლისათვის საშიში, მათ შორის თვითმკვლელობის მცდელობით განპირობებული მდგომარეობა, ან პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას ექიმის სამუშაო ადგილზე.
- ყველა სხვა შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების აღმოჩენასთან დაკავშირებული მოვალეობანი, მათ შორის მისი უწყვეტობის უზრუნველყოფის მოვალეობა, ექიმს ეკისრება მაშინვე, როდესაც იგი იწყებს სამედიცინო დახმარებას.

მუხლი 39

არასამუშაო ადგილზე შესაძლებლობების ფარგლებში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა ექიმის, ისევე, როგორც ნებისმიერი მოქალაქის, მოვალეობაა. ამ დროს დაუშვებელია რაიმე საზღაურის მოთხოვნა.

მუხლი 40

ექიმი ვალდებულია პაციენტებისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის რიგითობა განსაზღვროს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით.

მუხლი 41

ექიმი ვალდებულია პაციენტს სრული ინფორმაცია მიაწოდოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. გამონაკლის შემთხვევაში პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდების საკითხი რეგულირდება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

მუხლი 42

მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებას მოითხოვს გარდაცვლილის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, სასამართლო, საგამომიებო ორგანოები, ან ეს

აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად.

მუხლი 43

ექიმი და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პერსონალი ვალდებული არიან:

- ა) დადგენილი წესით აწარმოონ ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში;
 - ბ) არასამუშაო ადგილზე სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას წერილობით ასახონ და დანიშნულებისამებრ გადასცენ ინფორმაცია გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ.
- სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესს ამტკიცებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი (შემდგომ – მინისტრი).

მუხლი 44

ექიმი ვალდებულია პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებულ პირს სამედიცინო დახმარება გაუწიოს მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ, გარდა გადაუდებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისა, როცა თანხმობის მიღება ამ პირის მძიმე მდგომარეობის გამო შეუძლებელია. ექიმი აგრეთვე ვალდებულია უარი თქვას ისეთ ჩარევაზე, რომელიც სამედიცინო და ეთიკურ ნორმებს ეწინააღმდეგება.

მუხლი 45

სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია შესაბამის დაწესებულებებს დადგენილი წესით გადასცეს ინფორმაცია:

- ა) გადამდები დაავადების დიაგნოზის დადგენისას ან ასეთზე ეჭვის მიტანისას;
- ბ) სხეულის ფიზიკური, ქიმიური, სხივური, თერმული დაზიანების შემთხვევაში;
- გ) უპატრონო ან ამოუცნობი გვამის შესახებ.

მუხლი 46

თუ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებაში სათანადო ანაზღაურების მიღება არ არის ექიმისა და პაციენტის შეთანხმების საგანი, დაწესებულება შრომის ხელშეკრულების (კონტრაქტის) შესაბამისად უზრუნველყოფს ექიმს ადეკვატური ანაზღაურებით.

მუხლი 47

სახელმწიფო ინტერესებიდან გამომდინარე, მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში, აგრეთვე ზოგიერთ რეგიონში მომუშავე სამედიცინო პერსონალისთვის შეიძლება დაწესდეს შეღავათები და დანამატები ხელფასზე. აღნიშნული სპეციალობებისა და რეგიონების ჩამონათვალს ამტკიცებს საქართველოს მთავრობა.

მუხლი 48

სახელმწიფო ქმნის პირობებს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნის გაღრმავებისა და, შესაბამისად, პროფესიული სტატუსის ამაღლების უზრუნველსაყოფად.

მუხლი 49

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალს უფლება აქვს, დაესწროს და მონაწილეობა მიიღოს საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებულ პროფესიულ შეკრებაში ან სხვა სახის ღონისძიებაში, მისი ჩატარების ადგილისა და დაფინანსების წყაროს მიუხედავად.

მუხლი 50

მცდარი სამედიცინო ქმედებისათვის ექიმი პასუხს აგებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 51

ექიმს უფლება აქვს, პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე, გამოწეროს და/ან დანიშნოს ნებისმიერი აპრობირებული მედიკამენტი და მკურნალობის მეთოდი.

მუხლი 52

გენური თერაპია დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ:

- ა) მისი მიზანია ფატალური დაავადების პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა;
- ბ) არ არსებობს მკურნალობის სხვა, უფრო მარტივი და უსაფრთხო მეთოდი;
- გ) მიღებულია პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა;
- დ) მეცნიერების განვითარების თანამედროვე დონე შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს, რომ მკურნალობა არ გამოიწვევს ადამიანის შთამომავლობის გენომის არასასურველ შეცვლას.

თავი VI. სამედიცინო დაწესებულება

მუხლი 53

სამედიცინო დაწესებულება არის საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას. სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო რესურსებში სამედიცინო საქმიანობიდან მიღებული წილი შეადგენს არანაკლებ 75%-ს, ხოლო მის ბალანსზე არსებული ძირითადი ფონდების საშუალო წლიური ღირებულების არანაკლებ 75%-ისა გათვალისწინებულია ამ მუხლის მე-2 პუნქტში აღნიშნული ფუნქციების განსახორციელებლად.

1¹. წინა წელთან შედარებით შიდა სტანდარტებით შესრულებული სამედიცინო მომსახურებით და სხვა ეკონომიკური საქმიანობით მიღებული შემოსავლის 100% რჩება სამედიცინო დაწესებულების განკარგულებაში, რომლის განაწილებას ეკონომიკური კლასიფიკატორის მიხედვით, როგორც წესი, ახდენს დაწესებულების ხელმძღვანელი სამეთვალყურეო საბჭოსთან შეთანხმებით, ამასთან, შრომის ანაზღაურების ფონდი უნდა შეადგენდეს შემოსავლის არანაკლებ 30%-ს.

სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციაა:

- ა) პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა;
- ბ) დაავადებათა პროფილაქტიკა ან/და მკურნალობა ან/და პაციენტების რეაბილიტაცია ან/და პალიატიური მზრუნველობა;
- გ) სამედიცინო საქმიანობა;
- დ) ფარმაცევტული საქმიანობა;
- ე) (ამოღებულია);
- ვ) გვამის პათოლოგიურ-ანატომიური გამოკვლევა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა;
- ზ) ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებების განხორციელება.

2¹. სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია პაციენტს გაუწიოს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება ამ კანონის 38-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ შემთხვევებში.

სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებები ვალდებული არიან დაიცვან სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები, წესები და ნორმები.

მუხლი 54

სამედიცინო საქმიანობის სფეროში შესაბამისი უფლების დამადასტურებელ დოკუმენტს (ლიცენზიას ან/და ნებართვას) გაცემს სამინისტრო.

2. (ამოღებულია).

სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხას ამტკიცებს მინისტრი.

მუხლი 55

შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის /ნებართვის გაუქმების წესი განისაზღვრება „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით.

მუხლი 56

სამედიცინო დაწესებულების მიერ ისეთი სამედიცინო საქმიანობის განხორციელება, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით ექვემდებარება ლიცენზიის ან/და ნებართვის მიღებას, არ შეიძლება განხორციელდეს სათანადო ლიცენზიის ან/და ნებართვის გარეშე.

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 57

სამედიცინო დაწესებულება შეიძლება იყოს სამეწარმეო ან არასამეწარმეო იურიდიული პირი.

სამეწარმეო სამედიცინო დაწესებულება თავის საქმიანობას ახორციელებს „მეწარმეთა შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად;

არასამეწარმეო სამედიცინო დაწესებულება თავის საქმიანობას ახორციელებს საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 58

სამედიცინო დაწესებულება, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით, სარგებლობს პროფესიული და საფინანსო დამოუკიდებლობით.

სამედიცინო დაწესებულებაში შეიძლება შეიქმნას ფონდი მცდარი სამედიცინო ქმედების გამო სამედიცინო პერსონალის მიმართ საჩივრის აღძვრის შემთხვევისათვის. ფონდი იქმნება სამედიცინო პერსონალის შენატანებისა და კანონმდებლობით ნებადართული სახსრებისაგან.

მუხლი 59

სამედიცინო დაწესებულება საქმიანობას წარმართავს თავისი წესდების მიხედვით, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

სამედიცინო დაწესებულება, საკუთარი შემოსავლების ფარგლებში, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, განსაზღვრავს შრომის ორგანიზაციისა და ანაზღაურების წესს, ფორმას და ოდენობას.

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ნარდობლივია. მისი ოდენობა და პირობები განისაზღვრება:

ა) ცალკეულ სპეციალობებში მაქსიმალური დატვირთვის ნორმატივით, რომელსაც დადგენილი წესით ამტკიცებს სამინისტრო;

ბ) შრომის ხელშეკრულებით (კონტრაქტით) სამედიცინო დაწესებულებასა და ცალკეულ მუშაკს შორის. (ამოღებულია).

მუხლი 60

პაციენტისათვის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლების ზევით სამედიცინო მომსახურების გაწევისას სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის დადგენილი წესით ფორმდება ხელშეკრულება, რომელშიც ასახულია გასაწევი სამედიცინო მომსახურების და შესაბამისი ანაზღაურების პირობები და ოდენობა. თუ პაციენტი მცირეწლოვანია ან არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ხელშეკრულება ფორმდება მის ნათესავთან ან კანონიერ წარმომადგენელთან.

სამედიცინო მომსახურების პროცესში და მისი დამთავრების შემდეგ ამ მუხლის პირველ პუნქტში აღნიშნული მხარეები ვალდებული არიან ზუსტად შეასრულონ ხელშეკრულების პირობები. თუ ერთ-ერთი მხარე უარს განაცხადებს ხელშეკრულების შესრულებაზე, მეორე მხარეს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს.

თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი, მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი უარს განაცხადებს ხელშეკრულების გაფორმებაზე, რაც დადასტურდება დადგენილი წესით გაფორმებულ აქტში, და პაციენტს არ აღენიშნება კრიტიკული მდგომარეობა, სამედიცინო დაწესებულებას უფლება აქვს, უარი განაცხადოს მკურნალობის დაწყებაზე.

მაღალმთიან რეგიონში ჯანმრთელობის დაცვა ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. სახელმწიფო უზრუნველყოფს მაღალმთიან რეგიონში სამედიცინო დაწესებულებების შენარჩუნებასა და განვითარებას. ამის პარალელურად მაღალმთიან რეგიონში დასაშვებია კერძო სამედიცინო მომსახურების განხორციელება და მედიკამენტების რეალიზაცია საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 61

სახელმწიფო, შესაძლებლობის ფარგლებში, უზრუნველყოფს სამედიცინო ინფორმატიკის და სამედიცინო სტატისტიკის დაწესებულებების, სამედიცინო საინფორმაციო (კომპიუტერული) რესურსცენტრების და სამედიცინო ბიბლიოთეკების ტექნიკურ აღჭურვას და მოდერნიზებას.

მუხლი 62

სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის უფლებებისა და სამედიცინო ეთიკის ნორმების დაცვის უზრუნველსაყოფად იქმნება სამედიცინო ეთიკის კომისია; კომისიის შექმნის საფუძვლები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

მუხლი 63

ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით აკონტროლებს სამინისტრო.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 63¹

სამედიცინო საქმიანობა, რომელიც ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში ხორციელდება და მაღალ რისკს შეიცავს, რეგულირდება სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით და ექვემდებარება სამინისტროსთვის სავალდებულო შეტყობინებას.

ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობების (შემდგომ – მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა) ჩამონათვალი განისაზღვრება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

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, მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული წესის შესაბამისად. მისი შეუსრულებლობა იწვევს პასუხისმგებლობას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულების შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება მხოლოდ ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრულ, შეტყობინებისადმი დაქვემდებარებულ საქმიანობებზე. ამასთანავე, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის ხელმისაწვდომობა დაინტერესებული პირებისათვის.

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 .

თუ სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელი ახორციელებს ლიცენზიით/ნებართვით გათვალისწინებულ საქმიანობას, მას უფლება აქვს, შეტყობინების გარეშე აწარმოოს ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული რომელიმე საქმიანობა იმ შემთხვევაში, თუ მისი სალიცენზიო/სანებართვო პირობები მოიცავს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს და თუ ეს საქმიანობა ხორციელდება ერთ ფაქტობრივ მისამართზე. ამ შემთხვევაში შერჩევითი კონტროლი ხორციელდება მხოლოდ „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული მოთხოვნების შესაბამისად.

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის დადგენილი სავალდებულო შეტყობინების ფორმა უნდა შეიცავდეს ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული სამედიცინო საქმიანობის (საქმიანობების) დასახელებას, პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემებს, მისამართს, საკონტაქტო ინფორმაციას.

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის დადგენილი სავალდებულო შეტყობინების ფორმა შესაძლებელია შეიცვას ელექტრონულად .

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმასა და წესს ამტკიცებს მინისტრი. ეს წესი უნდა ითვალისწინებდეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მოქმედი მიმწოდებლებისათვის სავალდებულო შეტყობინების განსხვავებულ ვადას.

[მუხლი 63 2

პალიატიური მზრუნველობის, ჰოსპისური მზრუნველობისა და ხანგრძლივი მოვლის სამედიცინო საქმიანობა რეგულირდება შესაბამისი ტექნიკური რეგლამენტით (რეგლამენტებით) და მისი განხორციელება ექვემდებარება სამინისტროსთვის სავალდებულო შეტყობინებას.

ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული ტექნიკური რეგლამენტი (რეგლამენტები) მიიღება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით. (ამოქმედდეს 2019 წლის 1 ოქტომბრიდან)]

თავი VII. წამალი და ფარმაცევტული საქმიანობა

მუხლი 64

მოსახლეობის ხარისხიანი, უსაფრთხო და ეფექტიანი ფარმაცევტული პროდუქციით უზრუნველყოფა, ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოების, იმპორტის, დისტრიბუციის, რეალიზაციის მიმართ სახელმწიფო მოთხოვნების და მათი შესრულების კონტროლი რეგულირდება შესაბამისი კანონმდებლობით.

თავი VIII. სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობები და სამედიცინო ტექნოლოგიები

მუხლი 65. (ამოღებულია)

მუხლი 66

სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობის საპროექტო დამუშავება, წარმოება, ექსპლუატაცია და შეკეთება ხორციელდება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 67

სამინისტრო შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებთან ერთად ახორციელებს სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავებასა და დანერგვას. გაზომვის საშუალების ტიპის დამტკიცება, მისი რეესტრში შეტანა, იმპორტი და წარმოება ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

თავი IX. ფსიქიატრიული დახმარება

მუხლი 68

სახელმწიფო ხელს უწყობს ფსიქიკურად დაავადებულ პირთათვის სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას.

მუხლი 69

ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა უფლებებისა და ინტერესების დაცვა, საზოგადოების დაცვა ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა საზოგადოებრივად საშიში ქმედებისაგან, აგრეთვე, ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკთა და იმ პირთა უფლებები და მოვალეობები, რომელთაც უშუალო კავშირი აქვთ ფსიქიკურად დაავადებულებთან, წესრიგდება საქართველოს კანონით „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“.

თავი X. სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმირება და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 70

ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა სახელმწიფოს მოვალეობაა. სანიტარიულ-ჰიგიენურ ნორმებსა და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებებს შეიმუშავებს და ამტკიცებს სამინისტრო.

უწყებრივ სანიტარიულ-ჰიგიენურ წესებსა და ნორმებს ამტკიცებს სამინისტრო.

მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის და სათანადო ზედამხედველობის საკითხები წესრიგდება საქართველოს კანონმდებლობით.

საქართველოში მოქმედი სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები, წესები და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის მოთხოვნები უნდა შეესაბამებოდეს საერთაშორისო ნორმებს.

მუხლი 71

საქართველოს მოსახლეობის უფლება რადიაციულ უსაფრთხოებაზე ხორციელდება ღონისძიებათა კომპლექსით, რომელიც ითვალისწინებს:

ა) მაიონიზებული გამოსხივების წყაროების გამომყენებელი ფიზიკური და იურიდიული პირების მიერ რადიაციული უსაფრთხოების დაწესებული მოთხოვნების შესრულებას;

ბ) ადამიანის ორგანიზმზე მაიონიზებული გამოსხივების ზეზღვრული დოზის მოქმედებისა და გარემოს რადიექტიური დაბინძურების აღკვეთას.

გარემოს რადიაციული მონიტორინგისათვის, მოსახლეობის რადიაციული უსაფრთხოებისათვის პასუხისმგებელია სახელმწიფო.

მუხლი 72

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოსა და სხვა ფაქტორების უარყოფითი გავლენის თავიდან აცილების მიზნით შემუშავებული და დამტკიცებული სანიტარიულ-ჰიგიენური, სანიტარიულ-ეპიდემიასაწინააღმდეგო წესებისა და ღონისძიებების შესრულება სავალდებულოა ქვეყნის ტერიტორიაზე მოქმედი ნებისმიერი ფიზიკური, აგრეთვე იურიდიული პირისათვის, საკუთრების, ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარების მიუხედავად.

თავი XI. დაავადებათა კონტროლი

მუხლი 73

გადამდები (მათ შორის, ზოოანთროპონოზური, ზოონოზური ბუნების), ენდემური დაავადებების, ეპიდემიების და განსაკუთრებით გავრცელებული არაგადამდები დაავადებების კონტროლი ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

სამინისტრო ადამიანთა და ცხოველთა განსაკუთრებით საშიში ზოოანთროპონოზული დაავადებებისა და ტოქსიკოინფექციებისაგან დაცვის მიზნით, სახელმწიფო ხელისუფლების შესაბამის დაწესებულებებთან ერთად შეიმუშავებს სათანადო პროგრამებს და ახორციელებს ურთიერთშეთანხმებულ ღონისძიებებს.

მუხლი 74

სამინისტრო ადგენს განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხას და შეიმუშავებს განსაკუთრებით გავრცელებული გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, მათ შორის, ენდემური დაავადებების, ეპიდემიოლოგიური შესწავლის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებებს.

მუხლი 75

სახელმწიფო სამინისტროს მიერ შემუშავებული რეკომენდაციების საფუძველზე ხელმძღვანელობს ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებათა კომპლექსს:

- ა) იმუნიზაციური და საკარანტინო ღონისძიებებს;
- ბ) სათანადო სამკურნალო, პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს გადამდები დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის მქონე მოქალაქეთათვის;
- გ) სხვადასხვა ობიექტის ინფიცირებისაგან დაცვას და ინფიცირებული ობიექტების გაუვნებლებას;
- დ) ეპიდსაწინააღმდეგო ვითარებაში გადამტანების წინააღმდეგ ბრძოლას;
- ე) სამედიცინო პერსონალის ეპიდემიოლოგიური მზადყოფნისათვის საჭირო ღონისძიებების განხორციელებას.

მუხლი 76

განსაკუთრებით საშიში გადამდები დაავადების არსებობაზე დასაბუთებული ეჭვის დასადასტურებლად მოქალაქე თა შემოწმების საჭიროებისას ეს უკანასკნელნი ვალდებული არიან ჩაიტარონ ყველა სათანადო გამოკვლევა ; გამოკვლევის ჩატარებისას დაცული უნდა იქნეს მოქალაქეთა ღირსება და მათი ძირითადი უფლებები .

მუხლი 77

განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ექსპორტ-იმპორტი რეგულირდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

მუხლი 78

სამინისტრო შეიმუშავებს და ამტკიცებს პროფილაქტიკური აცრების ეროვნულ კალენდარს და მისი განხორციელებისათვის საჭირო სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამას.

მუხლი 79

სამინისტრო განსაზღვრავს იმ ენდემური დაავადებების ნუსხას, რომელთა კონტროლი, მკურნალობა სამედიცინო დაწესებულებაში და სათანადო დაფინანსება სახელმწიფოს პრეროგატივაა.

თავი**XII . სოციალურად საშიში დაავადებები და დაავადებები , რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას****მუხლი 80**

სახელმწიფო უზრუნველყოფს ტუბერკულოზთან ბრძოლის ღონისძიებების განხორციელებას. ამ საქმიანობას სახელმწიფო კერძო სამართლის იურიდიულ პირებთან თანამშრომლობით ახორციელებს. ტუბერკულოზთან ბრძოლის მიზანია ფიზიკური პირის ჯანმრთელობის დაცვისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა, საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების თავიდან აცილება, ტუბერკულოზით დაავადებული ცალკეული პაციენტების განკურნება და მათი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაცია.

საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებების ორგანიზების ძირითადი სამართლებრივი, ორგანიზაციული და ფინანსური პრინციპები განისაზღვრება, ტუბერკულოზის კონტროლთან და ტუბერკულოზით დაავადებული პირის უფლებებთან და მოვალეობებთან დაკავშირებული საკითხები წესრიგდება „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონით.

საქართველოს 2015 წლის 11 დეკემბრის კანონი №4633 - ვებგვერდი, 23.12.2015წ.

მუხლი 81

სახელმწიფო წარმართავს ენტერული და პარენტერული ჰეპატიტების პროფილაქტიკის , დიაგნოსტიკის , დისპანსერულიმეთვალყურეობის , მკურნალობისათვის საჭირო ღონისძიებებს .

მუხლი 82

სამინისტრო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკისა და კონტროლისათვის საჭირო ღონისძიებებს წარმართავს თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად, ეპიდემიოლოგიური ვითარების გათვალისწინებით, მოსახლეობაში საგანმანათლებლო მუშაობის, მისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდების გზით. სახელმწიფო განსაზღვრავს თავის პოლიტიკას პროსტიტუციის მიმართ და ქვეყანაში შექმნილი მდგომარეობის მიხედვით ახორციელებს სათანადო ღონისძიებებს.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 83

საქართველოში აივ ინფექციის/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა აივ ინფექციაზე ტესტირების, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობის, მოვლისა და ზრუნვის

საკითხებს, აგრეთვე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა და მედიცინის მუშაკთა უფლება-მოვალეობებს აწესრიგებს საქართველოს კანონი „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“.

საქართველოს 2009 წლის 17 ნოემბრის კანონი №2043 - სსმ I, №37, 30.11.2009წ., მუხ.277

მუხლი 84

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების განზრახ გავრცელება ისჯება საქართველოს კანონმდებლობით .

მუხლი 85

სახელმწიფო , ნაკისრი ვალდებულებების ფარგლებში , იმ დაავადებების მქონე პირებს , რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებითმკურნალობას (შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი და სხვა) უზრუნველყოფს სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტებით , დაავადებასთანდაკავშირებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით , ფიზიკური , ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაციით .

თავი XIII. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 85¹

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ვალდებულებები აისახება შესაბამის სახელმწიფო და ადგილობრივ პროგრამებში.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 85²

საქართველოს ქალაქებსა და რაიონებში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა განხორციელებისათვის საქართველოს ორგანული კანონის „ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი“ შესაბამისად იქმნება ქალაქებისა და რაიონების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები, რომელთა მეთოდურ ხელმძღვანელობას ახორციელებს სამინისტრო.

მუხლი 85³

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების კომპეტენციას განეკუთვნება:

- ა) ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა აღრიცხვისა და შეტყობინების სისტემის ჩამოყალიბება, მიღებული მონაცემების ანალიზი და პროგნოზირება;
- ბ) ეპიდზედამხედველობა და ეპიდკონტროლი დაავადებათა მიზეზების, მათი გადაცემის გზების და რისკფაქტორების გამოვლენისა და შესწავლის მიზნით;
- გ) ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისა და მოსახლეობისათვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდება და რეკომენდაციების მომზადება ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენების მიზეზების, გავრცელებისა და კონტროლის შესახებ;
- დ) გადამდები, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების შეზღუდვის ან აღმოფხვრის ღონისძიებების დაგეგმვა;
- ე) უსაფრთხო სისხლით უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების დაგეგმვა;
- ვ) არაინფექციური (გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური დაავადებების, ტრავმების, იოდის და სხვა მიკროელემენტების, ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული და სხვა) დაავადებების პროფილაქტიკა;
- ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისათვის ხელშეწყობა;
- თ) ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფისათვის ხელშეწყობა.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 86

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით სახელმწიფო მხარს უჭერს თამბაქოს წევის და ალკოჰოლის ნაწარმის ჭარბი გამოყენების საპროფილაქტიკო ღონისძიებებს და ქმნის მათი განხორციელების მექანიზმებს . საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოწევადა მცირეწლოვანთათვის თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის მიყიდვა წესრიგდება საქართველოს კანონმდებლობით .

მუხლი 87

ნებადართული პრეპარატების არასწორი მოხმარების და აკრძალული პრეპარატების გამოყენების აღსაკვეთად საჭირო ღონისძიებებში მოიცავს სათანადო საკანონმდებლო ბაზის შექმნას , მათი გამოყენების შემთხვევების ადრეულ გამოვლენას და მომხმარებლების მკურნალობას , საგანმანათლებლო მუშაობას და რისკის ჯგუფის საპროფილაქტიკოდ გამოიყენებული ღონისძიებების განხორციელებას .

თავი XIV. (სათაური ამოღებულია)

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 88

დაავადებათა პროფილაქტიკა და მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა სახელმწიფო პრიორიტეტია ; სახელმწიფოქმნის წანამდღერებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში ახალგაზრდული , არასამთავრობო ორგანიზაციების , ჯანმრთელობისდაცვის სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების მონაწილეობისათვის , განსაკუთრებით სასწავლო , სამუშაო და დასასვენებელ -

გასართობდაწესებულებებში დაავადებების განვითარების რისკის შესამცირებლად .

მუხლი 89

სახელმწიფო განსაზღვრავს სტრატეგიულ მიმართულებებს , შეიმუშავებს სათანადო პროგრამებს დაავადებათა პროფილაქტიკისა დამოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის ხელშესაწყობად , განსაკუთრებით ბავშვთა და მოზარდთა შორის და უზრუნველყოფს მათგანხორციელებას .

მუხლი 89¹

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, მათ შორის, საოჯახო მედიცინის, განვითარებისათვის აუცილებელ სამართლებრივ ბაზას და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მოწყობის წესს შეიმუშავებს სამინისტრო.

თავი XV. მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვა საგანგებო მდგომარეობების –

სტიქიური უბედურების და ტექნიკური კატასტროფებისდროს

მუხლი 90

სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დაცვისათვის სტიქიური უბედურებისა და ტექნიკურიკატასტროფის დროს . ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოები , სამედიცინო დაწესებულებები და შესაბამისი პროფესიულიგაერთიანებები მონაწილეობენ მოსალოდნელი კატასტროფების სამედიცინო უზრუნველყოფის პროგრამების შემუშავება -განხორციელებაში .

მუხლი 91

სამინისტრო სახელმწიფო ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებთან ერთად, სტიქიური უბედურებისა და ტექნიკური კატასტროფის სამედიცინო უზრუნველყოფისათვის საჭირო სამოზილიზაციო რეზერვის პირველი რიგის მატერიალურ ფასეულობათა მარაგის დაგროვებას, დაკომპლექტებას, გამოყენებისათვის მზადყოფნას და პერიოდულ განახლებას ახორციელებს დადგენილი წესით.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 92

სამედიცინო დაწესებულებებს უნდა ჰქონდეთ სამინისტროსთან შეთანხმებული საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების გეგმა, რომელიც ეროვნული რეაგირების გეგმის შესაბამისი იქნება.

მუხლი 93

საგანგებო მდგომარეობის, ეპიდემიური აფეთქების ეპიდემიის შედეგად დაზიანებულთა და დაავადებულთა სამედიცინო დახმარების ხარჯებს სახელმწიფო გაიღებს.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

თავი XVI. პროფესიული დაავადებები

მუხლი 94

სამინისტრო განიხილავს და ამტკიცებს პროფესიული დაავადებების ნუსხას და იმ პროფესიული საქმიანობების ჩამონათვალს, რომლებსაც თან ახლავს პროფესიული დაავადების განვითარების რისკი.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 95

დამსაქმებელი ვალდებულია მიაწოდოს მუშაკს ამომწურავი ინფორმაცია საწარმოში ან დაწესებულებაში პროფესიული დაავადებისგანვითარების რისკის თაობაზე , მავნე ფაქტორების არსებობისა და მათი ზეგავლენის თავიდან აცილებისათვის საჭირო ღონისძიებათაშესახებ .

თავი XVII. სამედიცინო განათლება

მუხლი 96

საამისოდ უფლებამოსილ სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებებში საექიმო , ფარმაცევტულ , საექთნო და სხვა სამედიცინოსპეციალობებზე სწავლება მიმდინარეობს უმაღლესი და საშუალო პროფესიული განათლების ფორმით , სახელმწიფო საგანმანათლებლოსტანდარტების შესაბამისად .

მუხლი 97

1. უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ ექიმის პროფესიული მზადება-დახელოვნება მოიცავს უმაღლესისშემდგომ პროფესიულ მზადებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას.

2. უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მიზანია რომელიმე საექიმო სპეციალობის დაუფლება, ხოლო უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანი – ექიმის პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნება მის საექიმო სპეციალობაში, ისე, რომ მისი თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამებოდეს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებსა და ტექნოლოგიებს.

საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

მუხლი 98

1. უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღება ხდება ერთსაფეხურიანი სწავლების საფუძველზე, სპეციალური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის შესაბამისად.

2. სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დიპლომირებულ კურსდამთავრებულს უფლება აქვს:

ა) გაიაროს უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების კურსი და სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ მიიღოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება;

ბ) განახორციელოს კვლევითი და პედაგოგიური საქმიანობა მედიცინის თეორიულ დარგებში ან ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სფეროში, რომელიც არ გულისხმობს დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას;

გ) იმუშაოს უმცროს ექიმად.

მუხლი 99

ექიმის უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების საკითხები განისაზღვრება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და სხვა საკანონმდებლო აქტებით.

მუხლი 100

ექიმის უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტები, შესაბამისი ფორმები და მათში ექიმის მონაწილეობის შეფასების კრიტერიუმები და წესი განისაზღვრება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და სხვა საკანონმდებლო აქტებით.

მუხლი 101

სამედიცინო და ფარმაცევტული პროფილის კოლეჯები და სხვა პროფესიული საგანმანათლებლო დაწესებულებები პროფესიულ კადრებს ამზადებენ სამინისტროს და საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ შემუშავებული და საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული პროგრამების მიხედვით.

მუხლი 102 (ამოღებულია)

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XVIII. ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებლობა

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 103

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესებისათვის ან სიკვდილისათვის, ან პაციენტისათვის მიყენებული მორალური ან მატერიალური ზიანისათვის პასუხისმგებლობა განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 104

პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს ექიმს, ექთანს, მედიცინის სხვა მუშაკს ან სამედიცინოდაწესებულებას უჩივლოს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციაში, ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოში, სასამართლოში, ან დავის გამრჩევ სხვა ორგანოში.

თავი XIX. სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევა

მუხლი 105

სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის დროს ადამიანის, როგორც სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის ობიექტის, უფლებები და ლაბორატორიული ცხოველებისადმი ჰუმანური დამოკიდებულების პრინციპები დაცული უნდა იქნეს საქართველოს კანონმდებლობისა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების შესაბამისად.

მუხლი 106

ნებისმიერი სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევა უნდა შეესაბამებოდეს საქართველოში მიღებულ სამეცნიერო კვლევის ნორმებს, რომლის საფუძველია ლაბორატორიული ცდების და ცხოველებზე ექსპერიმენტების ზედმიწევნით ზუსტად ჩატარება და სათანადო ლიტერატურის ამომწურავი ცოდნა. ადამიანსა ან ცხოველებზე წარმოებული სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის მიზნები , ამოცანები ,მეთოდები , მოსალოდნელი შედეგები და კვლევის რისკი მითითებული უნდა იყოს კვლევის სამეცნიერო გეგმაში . ნებისმიერი კვლევაუნდა ჩატარდეს ამ გეგმის ფარგლებში .

მუხლი 107

კვლევის სამეცნიერო გეგმა განხილული და რეცენზირებული უნდა იქნეს მკვლევარისა და დამფინანსებლისაგან და მოუკიდებელისპეციალური კომისიის და სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ .

მუხლი 108

ადამიანის მონაწილეობით დაგეგმილი სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის დაწყებამდე უნდა მოხდეს კვლევის რისკის და კვლევისმოსალოდნელი დადებითი შედეგების ურთიერთშედარება . სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას , ადამიანის , როგორცკვლევის ობიექტის ინტერესები და კეთილდღეობა უფრო მნიშვნელოვანია , ვიდრე მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესები . კვლევისრისკი შემცირებული უნდა იქნეს მინიმუმამდე . იგი არ უნდა აჭარბებდეს კვლევის ობიექტისთვის მოსალოდნელ სარგებლობას და / ანკვლევის მიზნების მნიშვნელობას .**მუხლი 109**

ადამიანს , როგორც სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს , წინასწარ უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია კვლევის მიზნების , მეთოდების , მოსალოდნელი შედეგების , კვლევის რისკის და მასთან დაკავშირებული შესაძლო დისკომფორტის შესახებ . სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევა არ უნდა ჩატარდეს მასში მონაწილე პირის წერილობით გაფორმებული ინფორმირებული თანხმობის გარეშე .ადამიანს , როგორც სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს , აუცილებლად უნდა ეცნობოს მისი უფლების შესახებ უარი თქვასკვლევაში მონაწილეობაზე კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე , მიუხედავად მის მიერ წინასწარ გაცხადებული თანხმობისა .

მუხლი 110

მხარდაჭერის მიმღები შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი ამ კანონის 108-ე მუხლში მოცემული პირობებით, თუ იგი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას და მან მიიღო შესაბამისი მხარდაჭერა. მცირეწლოვანი შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი ამ კანონის 108-ე მუხლში მოცემული პირობებით, თუ იგი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას და მიღებულია მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა.

მუხლი 111

კვლევის დროს დაცული უნდა იყოს მცირეწლოვნების, ორსულების, მეძუძური ქალების უფლებები. ამ კატეგორიის პირი მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მისთვის პირდაპირი და მნიშვნელოვანი სარგებლობის მომტანი იქნება, ან მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები ამ პირის ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი სარგებლობის მომტანი არ იქნება, მაგრამ სარგებლობას მოუტანს ამავე კატეგორიის სხვა პირებს, და მსგავსი მეცნიერული შედეგების მიღება სხვა კატეგორიის პირების გამოკვლევისას შეუძლებელია.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 112

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირი სარგებლობს ამ კანონის 108-ე და 109-ე მუხლებით გათვალისწინებული ყველა უფლებით. სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევაში ამ პირის მონაწილეობა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მის ჯანმრთელობას პირდაპირ და მნიშვნელოვან სარგებლობას მოუტანს.

მუხლი 112¹

1. დასაშვებია, უპატრონო გვამი ან/და ამოუცნობი გვამი ან მისი ანატომიური სტრუქტურები სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოიყენონ იმ საგანმანათლებლო ან/და სამეცნიერო დაწესებულებებმა, რომლებიც ახორციელებენ სამედიცინო, საგანმანათლებლო და სამეცნიერო პროგრამებს, აგრეთვე სამედიცინო და საექსპერტო დაწესებულებებმა, თუ პირის სიკვდილის ფაქტი საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით დაადასტურა სამედიცინო დაწესებულების მკურნალმა ექიმმა, პათოლოგანატომმა (კლინიკურმა პათოლოგმა), სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა ან სხვა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა და ამ ფაქტის დადგენიდან 1 თვის განმავლობაში გვამი მიჩნეულ იქნა უპატრონო გვამად ან ამოუცნობ გვამად ამ კანონის შესაბამისად.

2. თუ ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრულ პირს სიცოცხლეში არ განუცხადებია თანხმობა ან უარი გარდაცვალების შემდეგ მისი სხეულის ან მისი სხეულის ანატომიური სტრუქტურების ამ მუხლით

გათვალისწინებული მიზნით გადაცემაზე და არ არსებობს საფუძველი იმის დასაშვებად, რომ მისი/მათი გადაცემა ეწინააღმდეგება აღნიშნული პირის რელიგიურ რწმენას, ეთიკურ პრინციპებს, შესაძლებელია ის/ისინი სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებს გადაეცეს.

3. უპატრონო გვამის ან/და ამოუცნობი გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის გადაცემა შესაძლებელია პირის სიკვდილის ფაქტის დადგენიდან 1 თვის შემდეგ, უფლებამოსილი ორგანოს მიერ შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღების შემდგომ. უპატრონო გვამის ან/და ამოუცნობი გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის გადაცემა ფორმდება ოქმით, რომელსაც ხელს აწერენ უპატრონო გვამის ან ამოუცნობი გვამის გადამცემი და მიმღები მხარეები. აღნიშნული ოქმი და შესაბამისი დოკუმენტაცია ინახება 5 წლის განმავლობაში.

4. საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებები უზრუნველყოფენ გადაცემული გვამის შენახვას მისი გადაცემიდან 6 თვის განმავლობაში, ხოლო გვამის გადაცემიდან 6 თვის გასვლის შემდეგ შესაძლებელია მისი ან მისი ანატომიური სტრუქტურების სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენება.

5. საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებების მიერ უპატრონო გვამის ან/და ამოუცნობი გვამის შენახვისთვის/გამოყენებისთვის პასუხისმგებელი არიან აღნიშნული დაწესებულებები.

6. იმ უპატრონო გვამთან ან ამოუცნობ გვამთან დაკავშირებით, რომელზედაც მიმდინარეობს სისხლის სამართლის საქმის გამოძიება, საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის, აგრეთვე სამედიცინო და საექსპერტო დაწესებულებებისთვის მისი გადაცემის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს პროკურორი საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის შესაბამისად.

7. თუ გარდაცვლილის ნათესავი, კანონიერი წარმომადგენელი, მემკვიდრე ან სამისდღეშიო რჩენის ხელშეკრულების მხარე/მარჩენალი (თუ ხელშეკრულება სარჩენის გარდაცვალებასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურებასაც ითვალისწინებს) მოდიებულია, მაგრამ იგი უარს აცხადებს მის დაკრძალვაზე, გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს გარდაცვლილის ნათესავმა, კანონიერმა წარმომადგენელმა ან მემკვიდრემ, რაც დასტურდება შესაბამისი დოკუმენტით.

8. გვამის საგანმანათლებლო ან/და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის გადაცემის შემდეგ გვამის იდენტიფიცირების ან/და გარდაცვლილის ნათესავის, კანონიერი წარმომადგენლის ან მემკვიდრის გამოჩენის შემთხვევაში, აღნიშნული პირის სურვილის არსებობისას, გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენება წყდება და გვამი ამ პირს გადაეცემა. თუ გვამის აღნიშნული პირისთვის გადაცემის შემდეგ გამოძიების მიზნებისთვის საჭირო გახდა მისი დათვალიერება ან დამატებითი ექსპერტიზის ჩატარება, საგამოძიებო ორგანოს აქვს შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელების უფლება.

9. საგანმანათლებლო, სამეცნიერო და სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებული არიან, გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენების შემდეგ უზრუნველყონ მისი დაკრძალვა.

10. სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით დასაშვებია გვამის საზღვარგარეთიდან შემოტანა/გამოყენება სათანადო დოკუმენტის თანხლებით. ეს დოკუმენტი უნდა შეიცავდეს ინფორმაციას გვამის დამუშავების შესახებ. იგი შესაძლებელია ასევე შეიცავდეს ინფორმაციას გარდაცვლილის სახელის, გვარის, ასაკის, გარდაცვალების მიზეზის, თარიღის თაობაზე და სხვა მონაცემებს.

მუხლი 113

ცხოველებზე სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას მკვლევარი ვალდებულია დაიცვას საექსპერიმენტო ცხოველებისადმი ჰუმანური დამოკიდებულების ყველა არსებული პრინციპი.

თავი XX. ადამიანის ორგანოების , ორგანოთა ნაწილების , ქსოვილების აღება და გამოყენებამუხლი 114

ადამიანის მიერ ორგანოების , ორგანოთა ნაწილების , ქსოვილების (შემდგომ – „ორგანო“)

გაცემა სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ ,მათი სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის , მკურნალობის , მეცნიერული კვლევის და სწავლების მიზნით , ნებაყოფლობითი აქტია .

მუხლი 115

საქართველოს ყველა მოქალაქეს აქვს ორგანოს სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ გაცემაზე თანხმობის ან უარის წერილობითგაცხადების უფლება . თანხმობის დამადასტურებელი განცხადება მიიღება მხოლოდ იმ შემთხვევაში , თუ განმცხადებელი ქმედუნარიანია .დაუშვებელია პიროვნებაზე რაიმე ფორმით ზემოქმედება ზემოთ აღნიშნულის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად .

მუხლი 116

ცოცხალი დონორის ორგანოს გამოყენება სხვა ადამიანის სამკურნალოდ ან/და გადასანერგად დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ცოცხალი დონორი არის:

- ა) რეციპიენტის გენეტიკური ნათესავი;
- ბ) რეციპიენტის მეუღლე, თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 1 წელი;
- გ) რეციპიენტის მეუღლის შვილი, დედა (დედამთილი/სიდედრი), მამა (მამამთილი/სიმამრი), შვილიშვილი, ბებია, პაპა, და (მუღლი/ცოლისდა), ძმა (მაზლი/ცოლისძმა), შვილის მეუღლე (რძალი/სიძე), შვილიშვილის მეუღლე (რძალი/სიძე), დის მეუღლე (სიძე), ძმის მეუღლე (რძალი), თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 2 წელი.

მუხლი 117

არასრულწლოვანი (გარდა მცირეწლოვანისა) ცოცხალი დონორისაგან ძვლის ტვინის აღება სხვა ადამიანისათვის გადასანერგად დასაშვებია, თუ:

- ა) ძვლის ტვინის აღება არ იმოქმედებს დონორის ჯანმრთელობაზე, რასაც ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად დაადასტურებს სათანადო სერტიფიკატის მქონე ორი ექიმი;
- ბ) ძვლის ტვინი გადასანერგად განკუთვნილია დონორის პირველი ან მეორე რიგის გენეტიკური ნათესავისათვის, რომლის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სიცოცხლისათვის საშიშია და არ არსებობს მკურნალობის სხვა საშუალება. ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტებში აღნიშნულ შემთხვევებში აუცილებელია არასრულწლოვანის, მისი მშობლების (მშობლის), ხოლო მშობლების მზრუნველობას მოკლებული არასრულწლოვანის შემთხვევაში, კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა, დადასტურებული მეურვეობისა და მზრუნველობის ორ განოების მიერ.

მუხლი 118

თუ მიღებული სამედიცინო სტანდარტებით გარდაცვლილი შესაფერი კანდიდატია ორგანოს ასაღებად, ამასთან, მას სიცოცხლეში არააქვს გაცხადებული თანხმობა ან უარი გაცემაზე და არ არის საფუძველი იმის დასაშვებად, რომ გაცემა ეწინააღმდეგება მის რელიგიურ წმენას, ეთიკურ პრინციპებს, ორგანოს აღება შეიძლება მხოლოდ გარდაცვლილის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით. თუ ამ უკანასკნელთა მოძიება ვერ მოხერხდა, გვამიდან ორგანოების აღება არ შეიძლება.

მუხლი 119

გარდაცვლილის ორგანოს აღება შეიძლება მხოლოდ მას შემდეგ, რაც სიკვდილის ფაქტს, ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად, დაადგენს ორი ან მეტი ექიმი, რომელთაგანაც არც ერთი არ მონაწილეობს ტრანსპლანტაციის პროცესში. სიკვდილის კონსტატაცია უნდამოხდეს მედიცინის თანამედროვე დონის შესატყვისი მეთოდებით და კრიტერიუმებით, რომლებიც შეესაბამება საქართველოს ექიმთაპროფესიული გაერთიანებებისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ დამტკიცებულ ეთიკურ მოთხოვნებს და პროფესიულ სტანდარტებს.

მუხლი 120

რეციპიენტისათვის გადასანერგად განკუთვნილი ორგანოს შერჩევა უნდა წარმოებდეს ანონიმურობის პრინციპის დაცვით და მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით, სხვა რაიმე პრივილეგიების გაუთვალისწინებლად.

მუხლი 121

აკრძალულია გადასანერგად ან სამკურნალოდ განსაზღვრული ორგანოებით ვაჭრობა, მათი საზღვარგარეთ შეძენა ან ექსპორტისაქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის და / ან საერთაშორისო ხელშეკრულებების დარღვევით. სამედიცინო პერსონალს ეკრძალება ორგანოს აღებასა და გამოყენებაში მონაწილეობა, თუ მან იცის ან აქვს დასაბუთებული ეჭვი, რომ ზემოაღნიშნული ხორციელდება გარიგებით.

მუხლი 122

აკრძალულია ორგანოზე მოთხოვნილების რეკლამა, აგრეთვე, მისი რეკლამირება რაიმე საზღაურის მიღების ან გაცემის მიზნით. ნებისმიერ პირს ან დაწესებულებას ეკრძალება ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებულ საქმიანობაში მონაწილეობისათვის საზღაურის მიღება, გარდა აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარებისთვის განსაზღვრული დასაბუთებული თანხისა.

თავი XXI . სისხლის და სისხლის კომპონენტების დონორობა**მუხლი 123**

მკურნალობის, დიაგნოსტიკისა და მეცნიერული კვლევის მიზნით დონორის მიერ სისხლის და სისხლის კომპონენტების გაცემანებაყოფლობითი აქტია;

დონორისაგან სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება ხორციელდება მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის მიღების დაწინასწარი აუცილებელი სამედიცინო გამოკვლევის შემდეგ.

მუხლი 124

ამინისტრო განსაზღვრავს დონორობის საწინააღმდეგო ჩვენებებს.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 125

სისხლის და სისხლის კომპონენტების აღება დასაშვებია 18- დან 65 წლის ასაკამდე დონორისაგან ; არასრულწლოვანისაგან (მცირეწლოვანის გარდა) სისხლის და სისხლის კომპონენტების აღება დასაშვებია მხოლოდ გადაუდებელიმდგომარეობის დროს და ალტერნატიული მკურნალობის შესაძლებლობის არარსებობისას . ამ შემთხვევაში აუცილებელიაარასრულწლოვანის , მისი მშობლების (მშობლის) ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა .

მუხლი 126

სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დამზადება, შენახვა და გამოყენება ხდება აღიარებული საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისად, სამინისტროს მიერ შემუშავებული წესით.

მუხლი 127

სისხლისა და მისი კომპონენტების დამზადებას, დამუშავებასა და შენახვას ახორციელებს „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით უფლებამოსილი სამედიცინო დაწესებულება.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 128

დონორის ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით .

მუხლი 129

აკრძალულია სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისაგან.

აკრძალულია სისხლითა და მისი კომპონენტებით ვაჭრობა მოგების მიზნით , მათი საზღვარგარეთ შეძენა ან ექსპორტი საქართველოსკანონმდებლობის და / ან საერთაშორისო ხელშეკრულებების დარღვევით .

მუხლი 130

სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დონორობის სხვა საკითხები რეგულირდება საქართველოს კანონით „ სისხლისა და მისიკომპონენტების დონორობის შესახებ “.

თავი XXII. უსაფრთხო დედობა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა**მუხლი 131**

შრომითი საქმიანობის იმ სახეების ჩამონათვალს, რომლებითაც არ შეიძლება იყოს დაკავებული ორსული ქალი და მეტუქური დედა, აგრეთვე შრომითი საქმიანობის შეწყვეტის ვადებს მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდეგ, განსაზღვრავს სამინისტრო.

აღნიშნული ვადების განმავლობაში ანაზღაურება უნდა განხორციელდეს დადგენილი წესით .

მუხლი 132

სახელმწიფო ხელს უწყობს უსაფრთხო დედობას , საწარმოებსა და დაწესებულებებში ბავშვთა მოვლისათვის საჭირო პირობებისშექმნის და დაფინანსების საკანონმდებლო უზრუნველყოფას , დედათა და ბავშვთა უფლებების დაცვის აუცილებლობის შესახებსაზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებას .

ორსული ქალის სამედიცინო მეთვალყურეობა, მშობიარობისა და მშობიარობისშემდგომი სამედიცინო დახმარება უზრუნველყოფილია საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

მუხლი 133

ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების სამედიცინო ასპექტების მართვა , ბავშვებისათვის რეალურად შესაძლოუმაღლესი დონის სამედიცინო დახმარების , მათ შორის , უპირველეს ყოვლისა , პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრიორიტეტული ამოცანაა .

სახელმწიფო ხელს უწყობს ახალშობილების , ჩვილი და სხვა ასაკის ბავშვების უსაფრთხო და ადეკვატური საკვებით უზრუნველყოფას, ბუნებრივი კვების მხარდაჭერას და ქალის რძის შემცვლელების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსის დაცვას .

მუხლი 134

სახელმწიფო უზრუნველყოფს მემკვიდრული და თანდაყოლილი დაავადებების გამოვლენას ახალშობილთა შორის წინასწარგანსაზღვრული პრიორიტეტების მიხედვით .

მუხლი 135

სახელმწიფო უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებას ობოლი და მშობლების ზრუნვას მოკლებული , ფიზიკური და ფსიქიკურიდეფექტების მქონე ბავშვებისათვის განკუთვნილ დაწესებულებებში .

თავი XXIII. ოჯახის დაგეგმვა

მუხლი 136

საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ადამიანის უფლებებს რეპროდუქციის სფეროში საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 137

სახელმწიფო უზრუნველყოფს დასაქორწინებელ, აგრეთვე, შვილის ყოლის მსურველ წყვილთა უფასო ნებაყოფლობით სამედიცინო-გენეტიკურ კონსულტაციას.

მუხლი 138

კონტრაცეპტივების წარმოება, იმპორტი და გავრცელება ხდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 139

ქალთა ჯანმრთელობის დაცვა აბორტების შემცირების გზით სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა.

ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტა ნებადართულია მხოლოდ სათანადო უფლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, სერტიფიცირებული ექიმის მიერ, თუ:

ა) ორსულობის ხანგრძლივობა არ აღემატება თორმეტ კვირას;

ბ) ორსულს სამედიცინო დაწესებულებაში ჩაუტარდა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევის განხორციელებამდე გასულია 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა. გასაუბრების დროს უპირატესობა ენიჭება ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას. აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ქალის პრეროგატივაა. აბორტისწინა ექიმის კონსულტაციის/წინასწარი გასაუბრების წესი განისაზღვრება მინისტრის ბრძანებით.

მუხლი 140

აბორტის რეკლამა აკრძალულია.

12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების მიხედვით, რომელთა ჩამონათვალი დგინდება მინისტრის ბრძანებით.

მუხლი 141

განაყოფიერება დონორის სპერმით ნებადართულია:

ა) უშვილობის გამო, ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას, ან მარტოხელა ქალისგანაყოფიერებისათვის, თუ მიღებულია უშვილო წყვილის ან მარტოხელა ქალის წერილობითი თანხმობა. ბავშვის დაბადების შემთხვევაში უშვილო წყვილი ან მარტოხელა ქალი ითვლება მშობლებად, აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობით დაუფლებამოსილებით. დონორს არა აქვს განაყოფიერების შედეგად დაბადებული ბავშვის მამად ცნობის უფლება;

ბ) (ამოღებულია).

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 142

ადამიანის კლონირება გენური ინჟინერიის მეთოდების გამოყენებით აკრძალულია.

სახელმწიფო აკონტროლებს გამოკვლევებს გენური ინჟინერიის სფეროში კანონით დადგენილი წესით.

მუხლი 143

ექსტრაკორპორული განაყოფიერება ნებადართულია:

ა) უშვილობის მკურნალობის მიზნით, აგრეთვე, ცოლის ან ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას, წყვილის ან დონორის სასქესო უჯრედების ან ემბრიონის გამოყენებით, თუ მიღებულია წყვილის წერილობითი თანხმობა;

ბ) თუ ქალს არა აქვს საშვილოსნო, განაყოფიერების შედეგად მიღებული ემბრიონის სხვა ქალის („სუროგატული დედა“) საშვილოსნოში გადატანის და გამოზრდის გზით; წყვილის წერილობითი თანხმობა აუცილებელია. ბავშვის დაბადების შემთხვევაში წყვილი ითვლება მშობლებად, აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობით და უფლებამოსილებით; დონორს ან „სუროგატულ დედას“ არა აქვს დაბადებული ბავშვის მშობლად ცნობის უფლება.

მუხლი 144

ხელოვნური განაყოფიერების მიზნით შესაძლებელია გაყინვის მეთოდით კონსერვირებული ქალის და მამაკაცის სასქესო უჯრედების ანემბრიონის გამოყენება. კონსერვაციის დრო განისაზღვრება წყვილის სურვილისამებრ, დადგენილი წესით.

მუხლი 145

ნებაყოფლობითი ქირურგიული კონტრაცეფციის – სტერილიზაციის გამოყენება ნებადართულია :

ა) (ამოღებულია);

ა¹) მხოლოდ სათანადო ნებართვის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, სერტიფიცირებული ექიმის მიერ;

ბ) თუ არსებობს პაციენტის წერილობითი მოთხოვნა ;

გ) თუ პაციენტს ექიმმა ჩაუტარა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან სტერილიზაციამდე გასულია ერთი თვი ს მოსაფიქრებელივადა ;

დ) თუ პაციენტი აკმაყოფილებს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ კრიტერიუმებს .

თავი XXIV. კრიტიკული მდგომარეობა , სიკვდილი და ევთანაზია**მუხლი 146**

კრიტიკულ მდგომარეობაში და / ან ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ავადმყოფს ან მის ნათესავს , ან კანონიერ წარმომადგენელს აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სრული ინფორმაციის და სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება .

მუხლი 147

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ავადმყოფის მკურნალობა, პალიატიური მზრუნველობა, გარდაცვლილის მოვლა ხორციელდება მისი პატივისა და ღირსების დაცვით. გარდაცვლილის მოვლა-პატრონობა ხორციელდება პირის მიერ სიცოცხლეში განცხადებული, ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის სურვილის შესაბამისად.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 148

ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

ტერმინალურ სტადიაში ავადმყოფის უგონო მდგომარეობაში ყოფნის შემთხვევაში მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მომაკვდავი ადამიანის ღირსების დაცვის მიზნით და მისი (პაციენტის) პიროვნული შეხედულებების გათვალისწინებით უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 149

უგონო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს უტარდება სათანადო მკურნალობა, თუ ავადმყოფს წინასწარ, როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, არ ჰქონია განცხადებული უარი სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 150

მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის შემთხვევაში ავადმყოფის მკურნალობა მიმდინარეობს დაზღვევის პროგრამით განსაზღვრული წესების მიხედვით .

მუხლი 151

სამედიცინო პერსონალს , აგრეთვე ნებისმიერ სხვა პირს , ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობის მიღება .

მუხლი 152

ავადმყოფის სიკვდილის კონსტატაცია, ამ უკანასკნელის შესახებ ცნობის გაცემა ხდება სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კრიტერიუმებისა და წესის მიხედვით. გარდაცვლილის სამედიცინო დოკუმენტაცია არის საექიმო საიდუმლო, ამ კანონის 42-ე მუხლით გათვალისწინებული გამონაკლისების გარდა. დოკუმენტაცია ინახება საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ვადით.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 153

პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკვეთას ახორციელებს სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმი სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც ფლობს სათანადო საქმიანობის ლიცენზიას. გაკვეთა აუცილებელია, თუ არის ეჭვი განსაკუთრებით საშიში ინფექციით გამოწვეულ სიკვდილზე. ყველა სხვა შემთხვევაში პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა ხორციელდება რელიგიური ან სხვა მოტივების, აგრეთვე გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში განცხადებული ნების გათვალისწინებით, ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.

თავი XXIV¹. სამედიცინო ექსპერტიზა

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 153¹

სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის საკითხები წესრიგდება საქართველოს კანონით „სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 153²

სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისა და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება შეუძლია მხოლოდ სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმს, „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით უფლებამოსილ სამედიცინო დაწესებულებაში.

სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისა და სამედიცინო ექსპერტიზის ცენტრის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესს განსაზღვრავს სამინისტრო.

თავი XXV. გარდამავალი დებულებანი**მუხლი 154**

სამედიცინო განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალს 2001 წლის 1 ივნისიდან ეკრძალება დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე. ცალკეული სპეციალობების მიხედვით გამოცდების ჩაბარების გრაფიკსა და პირობებს ადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

პირს, რომელმაც 2001 წლის 1 ივნისამდე მიმართა სასერტიფიკაციო საბჭოს, მაგრამ არ ჩაუტარდა სასერტიფიკაციო გამოცდა, 2001 წლის 1 სექტემბრამდე ეძლევა დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება.

არასამედიცინო განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალს 2002 წლის 1 იანვრიდან ეკრძალება დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე.

(ამოღებულია).

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ამ კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის განმავლობაში უნდა შეიმუშაოს და დაამტკიცოს შემდეგი ნორმატიული აქტები:

ა) სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულების პასპორტი – კადრების, ტექნიკური აღჭურვილობისა და ჩასატარებელი სამუშაოს მოცულობის ამსახველი დოკუმენტი; ბ) (ამოღებულია); გ) (ამოღებულია); დ) (ამოღებულია); ე) (ამოღებულია); ვ) (ამოღებულია);

ზ) დროებითი შრომისუუნარობის ექსპერტიზის ჩატარების და საავადმყოფო ფურცლის გაცემის წესის შესახებ;

თ) სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების წესი;

ი) სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესი;

კ) (ამოღებულია).

(ამოღებულია).

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2010 წლის 1 დეკემბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმა და წესი და რეესტრის წარმოების წესი.

საქართველოს მთავრობამ 2010 წლის 1 დეკემბრამდე უზრუნველყოს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის მიღება.

საქართველოს მთავრობამ 2019 წლის 1 ოქტომბრამდე უზრუნველყოს ამ კანონის 63² მუხლის მე -

2 პუნქტით გათვალისწინებული ტექნიკური რეგლამენტის (რეგლამენტების) მიღება .

მუხლი 154¹. (ამოღებულია)**მუხლი 154²**

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2007 წლის 1 ოქტომბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს „ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ“.

თავი XXVI. დასკვნითი დებულებანი**მუხლი 155**

ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე .

მუხლი 155¹

2007 წლის 1 ივლისიდან ძალადაკარგულად იქნეს ცნობილი საქართველოს 1997 წლის 18 აპრილის კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ (პარლამენტის უწყებანი, №17-18, 9 მაისი, 1997, გვ. 55).

მუხლი 155²

2008 წლის 1 მაისიდან ძალადაკარგულად იქნეს ცნობილი საქართველოს 2003 წლის 8 მაისის კანონი „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“ (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, №14, 3.06.2003, მუხ. 96).

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს პრეზიდენტი ედუარდ შევარდნაძე.

თბილისი ,

1997 წლის 10 დეკემბერი.

№1139–I ს

„ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა“ (გზამკვლევი) - მ. კვაჭაძე, ი. მანჯავიძე, ნ.კვანტალიანი, ნ. მირზიკაშვილი, ნ. გვენეტაძე, გ. აზაურაშვილი

„ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში“ ავტორთა ჯგუფი - პ. იმნაძე, დ. წერეთელი, ე. ცერცვაძე, ი. ბურჯანაძე, მ. დადუა, ნ. გოგაძე, მ. გელენიძე, ქ. კინწურაშვილი, გ. გეგელაშვილის 2008 წ.

„ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში“ (გზამკვლევი), დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტები (პროტოკოლები) შემუშავებული შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის № 148/ო ბრძანებით.

5. სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №108/ნ

2009 წლის 19 მარტი

ქ. თბილისი

სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, **ვბრძანებ:**

1. დამტკიცდეს სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი.
2. ბრძანება ამოქმედდეს 2010 წლის 1 იანვრიდან.

ა. კვიტაშვილი

სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი საერთოა ყველა არსებული სამედიცინო დაწესებულებისათვის, რომელიც ეწევა სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას.

2. სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაცია იწარმოება უნიფიცირებულად, ამ ბრძანების შესაბამისად.

3. დოკუმენტაციაში ჩანაწერები სრულდება სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად.

4. სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტი.

5. დაწესებულების ადმინისტრაცია უფლებამოსილია განმარტოს სამედიცინო დოკუმენტაციის დადგენილი ფორმის ცალკეული პუნქტი ან შემოიღოს დამატებები, წარმოების დამტკიცებული წესის შეუცვლელად.

მუხლი 2. სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი – ფორმა №IV-300/ა (დანართი 1)

1. სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი არის სამედიცინო დოკუმენტი იმ პაციენტის (გარდა ჩვილი ბავშვების, ორსულების, მშობიარეებისა და მელოგინებისა), რომელიც სამედიცინო დაწესებულებაში იმყოფება დღე-ღამის განმავლობაში და მკურნალობას იტარებს ექიმი-სპეციალისტის მეთვალყურეობის ქვეშ.

2. სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი ივსება ყველა პაციენტისათვის ინდივიდუალურად (თითოეული პაციენტისათვის ივსება ერთი ბარათი). სამედიცინო ბარათს რიგითი ნომერი ენიჭება საავადმყოფოს მიმღების სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალში დაფიქსირებული რიგითი ნომრის მიხედვით, იდენტურად.

3. მიმღები განყოფილების თანამშრომლები პაციენტის სტაციონარში შემოსვლისთანავე ავსებენ პერსონალურ მონაცემებს პირადობის (ბინადრობის) მოწმობის ან პასპორტის მიხედვით, ბარათის სატიტულო გვერდზე.

4. მონაცემებს სისხლის ჯგუფის, რეზუს-ფაქტორისა და მედიკამენტებზე ალერგიული რეაქციების შესახებ ავსებს მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმი პირველი გასინჯვის დროს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ინფორმაციის მიღება შეუძლებელია პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე.

5. კლინიკური დიაგნოზი იწერება პაციენტის ბარათის სატიტულო ფურცელზე პაციენტის სტაციონარში შესვლიდან სამი სამუშაო დღის განმავლობაში. დასკვნითი დიაგნოზი იწერება პაციენტის სტაციონარიდან გაწერისას და მისი ფორმულირება უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფობას და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10 ნორმების კლინიკურ ვარიანტს. საბოლოო დიაგნოზი უნდა შეიცავდეს პაციენტის ყველა გართულებასა და კლინიკური მნიშვნელობის თანმხლებ დაავადებებს. ჩანაწერს დროებითი შრომისუუნარობის ფურცლის გაცემის შესახებ აკეთებს მკურნალი ექიმი დადგენილი წესების შესაბამისად.

6. გეგმური პაციენტი უნდა გასინჯოს მიმღები (მორიგე) ექიმის მიერ სტაციონარში შემოსვლისთანავე და პირველადი გასინჯვის მონაცემები შეიტანება მოკლედ. სასწრაფო ან გადაუდებელი მდგომარეობის დროს პაციენტი ისინჯება მორიგე ექიმის მიერ, მიმღებ განყოფილებაში გამოძახებისთანავე. გეგმური პაციენტის მიღების სტატუსი ბარათში იწერება მიმდინარე სამუშაო დღის განმავლობაში, ხოლო სასწრაფო პაციენტის სტატუსი – პირველი გასინჯვის დროს. სტატუსი უნდა იყოს ინფორმაციული და კლინიკური მნიშვნელობის მონაცემები სრულყოფილად ასახული.

7. მკურნალი ექიმის მიერ პაციენტის ჩივილები და ავადმყოფობის ანამნეზი იწერება მოკლედ, პათოლოგიური ცვლილებებისა და დაავადებასთან დაკავშირებული მონაცემების მითითებით. საერთო ანამნეზში აისახება მიმდინარე დაავადებასთან და პაციენტის მკურნალობის ტაქტიკასთან დაკავშირებული მონაცემები. აქვე აუცილებელია იმ მონაცემების დაფიქსირება, რომლებიც მიუთითებენ ალერგიული რეაქციების არსებობას, ეპიდემიოლოგიურ ანამნეზს, წარსულში არსებულ ჰემოტრანსფუზიის შემთხვევებს, გადატანილ (ტუბერკულოზი, სქესობრივი გზით გადამდები, ვირუსული ჰეპატიტი, აივინფექციები) დაავადებებს. ამასთან, აუცილებელია იმ მონაცემების აღნიშვნა, რომელიც შეეხება პაციენტის სადაზღვევო ანამნეზს: რა დროიდან იმყოფება პაციენტი საავადმყოფო ფურცელზე.

8. პირველადი გასინჯვის მონაცემები შეიტანება მოკლედ გასინჯვისათვის ხელმისაწვდომ ორგანოთა სისტემების მიხედვით, ხოლო გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილებები აღიწერება დაწვრილებით.

9. სამედიცინო ჩარევის აუცილებელ და გარდაუვალ წინაპირობას წარმოადგენს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა. იმ შემთხვევაში, როდესაც მოქალაქეს არ შეუძლია თავისი ნების გამოხატვა, ხოლო სამედიცინო ჩარევა გარდაუვალია და შედის მოქალაქის ინტერესების სფეროში, გადაწყვეტილებას სამედიცინო ჩარევის თაობაზე იღებს კონსილიუმი, ხოლო კონსილიუმის ჩატარების შეუძლებლობის შემთხვევაში – ერთპიროვნულად, მკურნალი (მორიგე) ექიმი, ან სამედიცინო დაწესებულების სხვა სამედიცინო პერსონალი ადმინისტრაციული უფლებამოსილების მიხედვით.

10. თუ პაციენტი არის 18 წლამდე ასაკის ან ქმედუწარმო პირი, სამედიცინო ჩარევის აუცილებლობისას თანხმობის მიღება ხდება მათი ნათესავების ან კანონიერი წარმომადგენლის მეშვეობით. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში გადაწყვეტილებას იღებს კონსილიუმი, ხოლო კონსილიუმის ჩატარების შეუძლებლობის შემთხვევაში – ერთპიროვნულად, მკურნალი (მორიგე) ექიმი, ან სამედიცინო დაწესებულების სხვა სამედიცინო პერსონალი ადმინისტრაციული უფლებამოსილების მიხედვით.

11. ინფორმაცია პაციენტს მიეწოდება მისთვის გასაგებ ენაზე. პაციენტისათვის მიწოდებული ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს არსებული პათოლოგიისათვის დამახასიათებელ ყველა თავისებურებას, მკურნალობის მეთოდებსა და მიზნებს, შესაძლო რისკს, გვერდით მოვლენებსა და მოსალოდნელ შედეგებს, რომლის თაობაზეც შესაბამისი ჩანაწერი კეთდება სამედიცინო ბარათში.

12. დღიურების წარმოება პაციენტის გასინჯვის ფურცელში უნდა მიმდინარეობდეს არანაკლებ კვირაში სამჯერ, ხოლო მძიმე და საშუალო სიმძიმის ავადმყოფების შემთხვევებში – ყოველდღიურად, განსაკუთრებული სიმძიმის ავადმყოფების შემთხვევაში – დღეში რამდენჯერმე. დღიურებში აისახება პაციენტის მდგომარეობის დინამიკა, ობიექტური გასინჯვის მონაცემები, ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგები და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებები.

13. განყოფილების ხელმძღვანელი გეგმურ პაციენტს სინჯავს განყოფილებაში შემოსვლიდან არა უგვიანეს მესამე დღისა, ხოლო მძიმე და საშუალო სიმძიმის ავადმყოფების შემთხვევაში – ჰოსპიტალიზაციის მომენტიდან ერთი დღე-ღამის განმავლობაში.

14. განყოფილების ხელმძღვანელის შემოვლები კეთდება არანაკლებ კვირაში ერთხელ. ისტორიაში ფორმდება კლინიკური დიაგნოზი, რეკომენდაციები და დასტურდება მისი ხელმოწერით.

15. კონსულტანტების ჩანაწერები უნდა შეიცავდეს კონსულტაციის ჩატარების დროსა და თარიღს, კონსულტანტის გვარსა და სპეციალობას, პათოლოგიური ცვლილებების მდგომარეობას, დიაგნოზსა და შემდგომ რეკომენდაციებს.

16. კონსილიუმის ჩანაწერები უნდა მოიცავდეს დაწვრილებით ინფორმაციას, კონსილიუმში მონაწილე ყველა სპეციალისტის აზრის გათვალისწინებით. კონსილიუმის რეკომენდაციები შესასრულებლად სავალდებულოა, ხოლო იმ შემთხვევებში, როდესაც გარკვეული მიზეზების გამო მათი შესრულება შეუძლებელია, მკურნალი ექიმი ვალდებულია აცნობოს კონსილიუმის წევრებს და ასახოს სამედიცინო ბარათში.

17. კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში პაციენტის მოთავსების შემთხვევაში მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმი აკეთებს მოკლე ჩანაწერს პაციენტის შესახებ, აღწერს არსებულ სიმპტომთა კომპლექსს და უთითებს სავარაუდო დიაგნოზს. ამავე განყოფილების მორიგე ექიმები დღე-ღამეში უნდა აკეთებდნენ არანაკლებ სამ ჩანაწერს. დღიურის ჩანაწერები უნდა ასახავდეს პაციენტის მდგომარეობასა და ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების უმთავრეს მაჩვენებლებს. რეანიმაციული განყოფილების ხელმძღვანელი ყოველდღიურად ნახულობს განყოფილების ყველა პაციენტს. პროფილური განყოფილების მკურნალი ექიმი ყოველდღიურად აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს, ხოლო პროფილური განყოფილების ხელმძღვანელი ბარათში ჩანაწერს აკეთებს არანაკლებ კვირაში ორჯერ.

18. კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში დანიშნულების ფურცლის ნაცვლად გამოიყენება პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის ფურცელი, სადაც ძირითადი სასიცოცხლო პარამეტრების გარდა ფიქსირდება ექიმის ყველა დანიშნულება. ინტენსიური თერაპიის განყოფილებიდან პაციენტის გადაყვანის შემთხვევაში ფორმდება გადაყვანის მოკლე ეპიკრიზი. კლინიკური განყოფილების ექიმი პაციენტს ნახულობს გადაყვანიდან ერთი საათის განმავლობაში და აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

19. ჩანაწერებს, ბიოლოგიური სითხეების ტრანსფუზიის, ნარკოტიკული საშუალებებისა და ძლიერმოქმედი პრეპარატების გამოყენების შესახებ, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, აწარმოებს ექიმის დანიშნულების შემსრულებელი ექთანი, რასაც ხელმოწერით ადასტურებს მკურნალი ექიმი.

20. ეტაპური ეპიკრიზი, რომელიც უნდა ასახავდეს პაციენტის მდგომარეობის დინამიკას, პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკასა და პროგნოზს, ფორმდება საჭიროების მიხედვით, პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე.

21. ექიმის გასინჯვის ფურცელი არის სამედიცინო ბარათის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი. დაუშვებელია მასში არსებული ჩანაწერების გაორება ან თვითნებური ჩანაწერების წარმოება. მკურნალი ექიმი მასში ჩანაწერებს (პაციენტის გასინჯვის ფურცელში (დღიურში) აღნიშნული დანიშნულებების შესაბამისად) აკეთებს მკაფიოდ და გასაგებად, მიუთითებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის თარიღს. ექიმი ხელმოწერით ადასტურებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის ფაქტებს. იმ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობაში ჩართულია პაციენტის მიერ შეძენილი მედიკამენტი, დანიშვნის გრაფაში გვერდით კეთდება ჩანაწერი „პაციენტის პრეპარატი“.

22. პაციენტის გაწერის დროს ივსება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა №IV-100/ა, რომელიც მოიცავს ჩატარებული მკურნალობის ხასიათსა და მის შედეგებს, სიმპტომების დინამიკასა და რეკომენდაციებს პაციენტის შემდგომი მართვის შესახებ. ჯანმრთელობის ცნობა შესრულებული უნდა იყოს ორ ეგზემპლარად, რომელთაგანაც ერთი რჩება სამედიცინო ბარათში, მეორე ეგზემპლარი მიეცემა პაციენტს ხელზე.

23. პაციენტის სიკვდილის შემთხვევაში სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იწერება გარდაცვალების ეპიკრიზი და გაიცემა სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობა – ფორმა №106ს-4 (საადრიცხო). გარდაცვალების ეპიკრიზი უნდა მოიცავდეს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის მოკლე ისტორიას, სიმპტომების დინამიკას, ჩატარებული მკურნალობის ხასიათსა და დიაგნოსტიკურ პროცედურებს, ლეტალური გამოსავლის დადგომის მიზეზებსა და გარემოებებს.

24. გვამის პათოლოგანატომიური შესწავლის შემდეგ სამედიცინო ბარათში არა უგვიანეს 10 დღისა შეიტანება შესწავლის მოკლე ოქმი დაწვრილებითი პათოლოგანატომიური დიაგნოზის ფორმულირებით და ეპიკრიზით, დიაგნოზების ჩამოყალიბების რიგითობის შესაბამისად.

25. სამედიცინო ბარათი შესაძლებელია არქივიდან გაცემულ იქნეს სამართალდამცავი ორგანოების მოთხოვნით კანონით დადგენილი წესით.

26. პაციენტს, მოთხოვნის საფუძველზე, გადაეცემა ადმინისტრაციის თანხმობით რენტგენის ფირები, ბიოფსიური მასალის ბლოკები და სასაგნე მინაზე დამზადებული პრეპარატები და სხვა (გაცემის ფაქტი რეგისტრირდება სამედიცინო ბარათში).

27. სამედიცინო ბარათი სამედიცინო დაწესებულების არქივში ინახება 15 წლის განმავლობაში. ბარათის შემდგომი შენახვის ან განადგურების მიზანშეწონილობის თაობაზე გადაწყვეტილებას იღებს საავადმყოფოს ადმინისტრაცია, აღნიშნული დროის გასვლის შემდეგ.

მუხლი 3. ფიზიკალური მონაცემების რეგისტრაციის ფურცელი – ფორმა №IV-300-1/ა (დანართი 2)

1. ფიზიკალური მონაცემების ფურცელი არის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი მახასიათებლების ოპერატიული დოკუმენტი.

2. ფიზიკალური მონაცემების ფურცელში ჩანაწერებს აკეთებს ექთანი დღეში ორჯერ. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. მკურნალი ექიმი ყოველდღიურად სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში (ფორმა №IV-300/ა) აკეთებს ჩანაწერს პაციენტის მდგომარეობის შესახებ.

4. ფიზიკალური მონაცემების რეგისტრაციის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 4. ექიმის დანიშნულების ფურცელი – ფორმა №IV-300-2/ა (დანართი 3)

1. ექიმის დანიშნულების ფურცელი არის სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი. დაუშვებელია მასში არსებული ჩანაწერების გაორება ან თვითნებური ჩანაწერების წარმოება.

2. მკურნალი ექიმი ჩანაწერებს აკეთებს მკაფიოდ და გასაგებად, მიუთითებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის თარიღს. ექთანი ხელმოწერით ადასტურებს მედიკამენტის დანიშვნისა და მოხსნის ფაქტებს. მკურნალი ექიმი ყოველ დილას, შემოვლისას, პაციენტის გამოკითხვის საფუძველზე, ამოწმებს დანიშნულების მიღების სიზუსტეს და დანიშნულების ფურცელში ხელმოწერით ადასტურებს ექთნის მიერ ჩატარებულ ყველა პროცედურას.

3. იმ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობაში ჩართულია პაციენტის მიერ შეძენილი მედიკამენტი, დანიშვნის გრაფაში კეთდება ჩანაწერი „პაციენტის პრეპარატი“.

4. ექიმის დანიშნულების ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 5. ზოგადი ანესთეზიის რუკა – ფორმა №IV-300-3/ა (დანართი 4)

1. ზოგადი ანესთეზიის რუკა ივსება პრემედიკაციის მომენტიდან – პაციენტის ინტენსიური (პოსტოპერაციული) თერაპიის პალატაში მოთავსებამდე პერიოდში, შესრულებული სამუშაოს პარალელურად.

2. რუკას აწარმოებს ექთანი ანესთეზისტი, ექიმი ანასთეზიოლოგის მეთვალყურეობით. აღნიშნული რუკა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. ზოგადი ანესთეზიის რუკა დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 6. გაუტკივარების ოქმი – ფორმა №IV-300-4/ა (დანართი 5)

1. გაუტკივარების ოქმს ავსებს ექიმი ანესთეზიოლოგი.

2. გაუტკივარების ოქმში აღინიშნება პრემედიკაცია, შესავალი ნარკოზი, ტრაქეის ინტუბაციის მეთოდი, ძირითადი ნარკოზის მსვლელობა, გართულებები და მათი დეტალური აღწერა, ნარკოზიდან გამოსვლის აღწერა, ექსტუბაცია, პოსტოპერაციულ პალატაში გადაყვანის დრო და პაციენტის მდგომარეობა, აღმოცენებული გართულებების დეტალური აღწერა, უახლოესი პოსტოპერაციული პერიოდის დახასიათება.

3. ოქმის ბოლოს აღინიშნება გახარჯული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების დოზა და რაოდენობა. გაუტკივარების ოქმი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

4. გაუტკივარების ოქმი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 7. პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი – ფორმა №IV-300-5/ა (დანართი 6)

1. პაციენტის მომზადება ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის იგეგმება ანესთეზიოლოგის მიერ. ფორმას ავსებს ექიმი ანესთეზიოლოგი მკაფიოდ და გასაგებად.
2. პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელში აისახება წინასაოპერაციო მომზადების დაწვრილებითი პროგრამა და პრემედიკაცია. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.
3. პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 8. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი – ფორმა №IV-300-6/ა (დანართი 7)

1. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერს აკეთებს ექიმი ანესთეზიოლოგი.
2. ჩანაწერის ყველა პუნქტი ივსება მკაფიოდ და გასაგებად. ექიმი პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას ეყრდნობა ანამნეზურ, პარაკლინიკურ, ფიზიკალურ მონაცემებს. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ანამნეზურ მონაცემებს, აქვე უნდა განისაზღვროს ოპერაციულ-ანესთეზიოლოგიური რისკი. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.
3. ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 9. პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი – ფორმა №IV-300-7/ა (დანართი 8)

1. პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი უნდა შეავსოს პაციენტმა ექიმი ანესთეზიოლოგისგან სათანადო განმარტებების მიღების შემდეგ. პასუხგაუცემელი არ უნდა დარჩეს არც ერთი კითხვა. პასუხი შეიძლება იყოს მხოლოდ ორი სახის „დიახ“ ან „არა“. თუ რომელიმე კითხვაზე პაციენტს გააჩნია პასუხი „ხანდახან“ ან „პერიოდულად“, ასეთ შემთხვევაში უნდა შემოიხაზოს პასუხი – „დიახ“. კითხვარზე აუცილებელია პაციენტის ხელმოწერა. პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.
2. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია კითხვარის შევსება (პაციენტის უგონო ან მძიმე სომატური მდგომარეობა, არაქმედითუნარიანობა და სხვ.), კითხვარს ავსებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში კითხვარს ავსებს (შესაძლებლობის ფარგლებში) ანესთეზიოლოგი და აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე, რომ ინფორმაციის მოპოვება შეუძლებელია.
3. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული დოკუმენტები დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 10. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე – ფორმა №IV-300-8/ა (დანართი 9)

1. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე ივსება ერთობლივად პაციენტისა და ექიმის მიერ, მას შემდეგ, რაც ანესთეზიოლოგი მიაწოდებს პაციენტს ამომწურავ ინფორმაციას მოსალოდნელი ოპერაციული ჩარევის მოცულობის, შერჩეული გაუტკივარების ტიპის და სავარაუდო გართულებების შესახებ, ფორმაში მითითებული პარაგრაფების მიხედვით. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.
2. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია თანხმობის მიცემა, ფორმას ავსებს და თანხმობას იძლევა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში ანესთეზიოლოგი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში, იმის თაობაზე, რომ პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება გაუტკივარებაზე შეუძლებელია.
3. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტებით გათვალისწინებული დოკუმენტები დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 11. პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი – ფორმა №IV-300-9/ა (დანართი 10)

1. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვა იგეგმება ექიმი ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის მიერ. სამკურნალო-დიაგნოსტიკური დანიშნულების პარაგრაფებს ავსებს პირადად.
2. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელს აწარმოებს ექთანი – იმ მორიგე ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის მეთვალყურეობით, რომელსაც აქვს უფლება კლინიკური სიტუაციიდან გამომდინარე, შეცვალოს

დანიშნულება. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

3. პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 12. პაციენტის თანხმობა სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე – ფორმა №IV-300-10/ა (დანართი 11)

1. პაციენტის თანხმობა სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის შესახებ ივსება ერთობლივად პაციენტისა და ექიმის მიერ, მას შემდეგ, რაც მკურნალი ექიმი მიაწოდებს პაციენტს ამომწურავ ინფორმაციას: გადასხმის მიზანი, მისი აუცილებლობა, ხასიათი და პროცედურის თავისებურებანი, გადასხმის შემდეგ მისი შესაძლო რეაქციები და გართულებები, რომლის განვითარების შემთხვევაში პაციენტი თანახმაა მისთვის ყველა საჭირო სამედიცინო ჩარევაზე. პაციენტს უნდა გაეცეს პასუხი, მისი ჯანმრთელობის, დაავადებისა და მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ასევე უნდა მიიღოს ინფორმაცია მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და ფინანსურ ხარჯებზე. პაციენტის თანხმობა სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე – ფორმა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

2. იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია თანხმობის მიცემა – ფორმას ავსებს და თანხმობას იძლევა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში ექიმი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე, რომ ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე შეუძლებელია.

3. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტებით გათვალისწინებული დოკუმენტები სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 13. სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი – ფორმა №IV-300-11/ა (დანართი 12)

1. გადასხმის ოქმი ივსება პაციენტისათვის სისხლისა და სისხლის კომპონენტების ყოველი გადასხმის რეგისტრაციისათვის, აგრეთვე ტრანსფუზიის მიმართ ორგანიზმის რეაქციისა და სხვა პოსტტრანსფუზიული გართულებების აღნიშვნისათვის.

2. სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი ივსება ტრანსფუზიის პროცედურის ჩამტარებელი ექიმის მიერ. ოქმი უნდა იქნეს ჩაკრული სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში.

3. ყოველი ტრანსფუზიის რეგისტრაციისას ივსება ფორმის ყველა სვეტი.

4. სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 14. პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე – ფორმა №IV-300-12/ა(დანართი 13)

1. პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია სამედიცინო ჩარევების წინ. აღნიშნული ფორმა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.

2. პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ივსება ერთობლივად პაციენტისა და ექიმის მიერ, მას შემდეგ, რაც მკურნალი ექიმი მიაწოდებს პაციენტს ამომწურავ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ:

ა) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგები;

ბ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკი;

გ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტები და ამ უკანასკნელთა თანხმობები რისკი და შესაძლო ეფექტიანობა;

დ) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგები; სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხები.

3. იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტს არ შეუძლია თანხმობის მიცემა – ფორმას ავსებს და თანხმობას იძლევა პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი. ამ უკანასკნელთა არარსებობის შემთხვევაში ექიმი აკეთებს სათანადო ჩანაწერს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში იმის თაობაზე, რომ ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე შეუძლებელია.

4. ამ მუხლის პირველი და მე-2 პუნქტებით გათვალისწინებული დოკუმენტები დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 15. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუკა – ფორმა №IV-300-13/ა (დანართი 14)

1. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუკა ივსება პაციენტის კრიტიკული მედიცინის განყოფილებაში მოთავსების მომენტიდან პაციენტის სხვა სომატურ განყოფილებაში გადაყვანამდე.
2. რუკას აწარმოებს მორიგე ექთანი, ექიმი რეანიმატოლოგის მეთვალყურეობით. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუკა თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.
3. პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუკა დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 16. ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი – ფორმა №IV300-14/ა (დანართი 15)

1. ეტაპური ეპიკრიზი, რომელიც უნდა ასახავდეს პაციენტის მდგომარეობის დინამიკას, პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკასა და პროგნოზს, ფორმდება საჭიროების მიხედვით და პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე.
2. ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელს აწარმოებს მკურნალი ექიმი. აღნიშნული ფურცელი თან უნდა დაერთოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათს.
3. ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 17. წინასაოპერაციო ეპიკრიზი – ფორმა №IV-300-15/ა (დანართი 16)

1. წინასაოპერაციო ეპიკრიზი არის სტაციონარული პაციენტის ბარათის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილი, ამიტომ ექიმის ყველა მოქმედება უნდა იყოს ასახული წინასაოპერაციო ეპიკრიზში.
2. წინასაოპერაციო ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელს აწარმოებს მკურნალი ექიმი.
3. ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 18. ოპერაციის პროტოკოლი – ფორმა №IV-300-16/ა (დანართი 17)

1. ოპერაციის პროტოკოლი, გარდა საოპერაციო ჟურნალისა, ასევე ასახულ უნდა იქნეს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში.
2. ოპერაციის პროტოკოლის ჩაწერის ფურცელს აწარმოებს მკურნალი ექიმი (ოპერატორი).
3. ოპერაციის პროტოკოლის ჩაწერის ფურცელი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში.

მუხლი 19. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი – ფორმა №IV-301/ა (დანართი 18)

1. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალში ხდება სავადმყოფოს მიმღებ განყოფილებაში შემოსული ყველა პაციენტის რეგისტრაცია.
2. მიმღები განყოფილების მორიგე ექთანი ჟურნალში ავსებს პაციენტის მონაცემებს პირადობის (ბინადრობის) მოწმობის ან პასპორტის მიხედვით, აფიქსირებს პაციენტის შემოსვლისა და გაწერის თარიღსა და დროს, გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზს.
3. მიმღები (მორიგე) ექიმი ვალდებულია ჟურნალში დააფიქსიროს თავისი გვარი, სპეციალობა და გასინჯვის დრო. მოკლედ ჩაწეროს პაციენტის ჩივილები, ობიექტიური მონაცემები, მედიკამენტებზე ალერგიული რეაქციები. ექიმი ჟურნალში წერს დანიშნულებას, დიაგნოზს და მიუთითებს, თუ სად გაიგზავნა პაციენტი პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევის შემდეგ.
4. ორგანიზმში შრატების, ვაქცინების, გამაგლობულინის შეყვანის შემთხვევების თაობაზე ჟურნალში აუცილებელია გაკეთდეს ჩანაწერი, ასევე აუცილებელია, დაფიქსირდეს ინფორმაცია შესაძლო რეაქციის განვითარების შესახებ.
5. პირველადი სამედიცინო დახმარების ჩატარების შემდეგ ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ბინაზე გაწერის შესაძლებლობის შესახებ. პაციენტს გადაეცემა „ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის შევსების წესისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 9 აგვისტოს №338/ნ ბრძანების შესაბამისად შევსებული ცნობა.

6. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი უნდა იყოს აკინძული, დანომრილი, დადასტურებული სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერით და ბოლო ფურცელზე დაწესებულების დალუქული ბეჭდით.

7. სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი დაწესებულებაში ინახება არქივში ჩაბარებიდან 15 წლის განმავლობაში

დანართი 1

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-300/ა

(დაწესებულების დასახელება)
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის
„—“ „—“ №— ბრძანებით

დამტკიცებულია

სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №—

სისხლის ჯგუფი
და Rh-ფაქტორი —

ალერგია —

(პრეპარატის დასახელება)

გვარი, სახელი, მამის სახელი —

სქესი: მამრობითი მდედრობითი ასაკი —

ბავშვებისათვის: 1 თვემდე — დღის, 1 წლამდე — თვის

ოჯახური მდგომარეობა — მოქალაქეობა —

პირადი ნომერი —

მისამართი —

საკონტაქტო ტელეფონი —

სამუშაო ადგილი, პროფესია, თანამდებობა —

სადაზღვევო კომპანია —

პოლისის ნომერი —

ჰოსპიტალიზაციის თარიღი და დრო — განყოფილება —

პალატა № — სხვა განყოფილებაში გადაყვანა —

ტრანსპორტირების სახეობა: საკაცით სავარძლით შეუძლია სიარული

მოყვანილია (ვის მიერ) —

ვინ გამოგზავნა პაციენტი —

სტაციონარში მოყვანილია სასწრაფო ჩვენების გამო: დიახ არა

_____ საათის შემდეგ _____ დაავადების დაწყებიდან _____ ტრავმის მიღებიდან

ჰოსპიტალიზებულია გეგმურად: დიახ არა

გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი _____

დიაგნოზი შემოსვლისას (წინასწარი) _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

_____ დადგენის თარიღი _____

დასკვნითი კლინიკური დიაგნოზი (გამოწერისას):

ძირითადი დაავადება _____

ძირითადი დაავადების გართულება (გართულებები) _____

თანმხლები დაავადება (დაავადებები) _____

ჰოსპიტალიზირებულია მიმდინარე წელს ამ დაავადების გამო: პირველად, განმეორებით.

ოპერაციული მკურნალობა, გაუტკივარების მეთოდები და შემდგომი გართულებები:

ოპერაციის დასახელება	თარიღი, საათი	გაუტკივარების მეთოდი	გართულებები

გაცემული საავადმყოფო ფურცლის № _____ თარიღი _____ დან _____ მდე

დაავადების გამოსავალი: გამოჯანმრთელება, გაუმჯობესება, უცვლელი, გაუარესება,

გარდაიცვალა (თარიღი) _____ გადაყვანილია სხვა დაწესებულებაში _____

(დაწესებულების დასახელება)

სხვა (ჩაიწეროს) _____

გაწერის თარიღი და დრო _____ საწოლდღე _____
 მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____
 სამსახურის უფროსი (სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა _____

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი (დღიური)

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი სპეციალისტის დანიშნულება	გამოკვლევები, კონსულტაციები,
	ექიმის სახელი, გვარი _____ _____ ხელმოწერა _____		

თარიღი, დრო	ჩანაწერი	დაგეგმილი სპეციალისტის დანიშნულება	გამოკვლევები, კონსულტაციები,
	ექიმის სახელი, გვარი _____ _____ ხელმოწერა _____		

--	--	--

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

პათოლოგანატომიური (ჰისტოლოგიური) დასკვნა

ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი:

ძირითადი _____

ძირითადი გართულება _____

თანმხლები _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

მიმღები (მორიგე, მკურნალი) ექიმის ჩანაწერი

თარიღი ,დრო	პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა
	ექიმის სახელი, გვარი ————— ხელმოწერა —————

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-1/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის ————— № ————— ბრძანებით

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

[illegible]

[illegible]

პაციენტის სახელი, გვარი	ბარათის ნომერი
დიაგნოზი/ქირურგიული ჩარევა _____	
ჰოსპიტალიზაციის თარიღი	ქირურგიული ჩარევის თარიღი
ალერგია (პრეპარატის დასახელება, ალერგიული რეაქციის ტიპი და ფორმა)	

മാനദർശനം 3

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-2/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____№ _____ბრძანებით
ექიმის დანიშნულების ფურცელი
განყოფილება _____

პალატის ნომერი _____

[illegible]

දානාර්ථ 4

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-3/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ზოგადი ანესთეზიის რუკა

გეგმური გადაუღებ.		ოპერაცია:										ავ-ფი:										ისტ. №						
თარიღი		წონა კგ, სიმაღლე სმ.										კონტური																
პრემედიკაციის ეფექტი: დამკმ. არადამკმ.												სანარკოზზე აპარატი																
ი/ვ ინფუზია, ვ/პუნქცია, ვ/სექცია ხელი, ფეხი, მარჯვენა, მარცხენა მაგისტრალური ვენის კათეტერიზაცია გასტრალური ზონდი № ენდოტრაქეული მილი №																												
პირობითი აღნიშვნები																												
დროო →																												
	T/A																											

[illegible]

ექიმი ანესთეზიოლოგის სახელი გვარი ხელმოწერა
 ექთანი ანესთეზისტის სახელი, გვარი ხელმოწერა

ճանաչողություն 5

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-4/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ბარათის ნომერი _____ განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

ექიმი ანესთეზიოლოგის სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა -----

ექთანი ანესთეზისტის სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა -----

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-5/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № ---- ბრძანებით

პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი
 ბარათის ნომერი

[illegible]

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

მორიგე ექთანი _____ ხელმოწერა _____
სახელი, გვარი
თარიღი _____

ზოგადი ანესთეზიის სქემა

ანესთეზიოლოგი _____

ხელმოწერა _____

სახელი, გვარი

თარიღი _____

დანართი 7

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ფორმა #IV-300-6/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის

2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

თარიღი: _____ დრო: _____ ასაკი: _____ სქესი: _____ წონა: კგ. _____ სიმაღლე: სმ.

წინასწარი დიაგნოზი _____
_____ოპერაცია: _____

ინტუბაცია (მალამპატი) პროთეზი:

ანამნეზი:				
ალერგია:				
მედიკამენტური დამოკიდებულება:				
მავნე ჩვევები: თამბაქო:	ალკოჰოლი:	ნარკოტიკები:	სხვა:	
დაავადებები:				
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა:				
სასუნთქი სისტემა:				
ენდოკრინული სისტემა:				
ნერვული სისტემა:				
შარდგამომყოფი სისტემა:				
საჭმლის მომნელებელი სისტემა:				
საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი:				
წარსულში ჩატარებული ანესთეზიები:				
ოჯახური ანამნეზი:				
საკვების/სითხის ბოლო მიღების დრო:				
სხვა:				
ფიზიკალური გამოკვლევა:	T/AmmHg	Psცკ/წთ	R'წთ	t
°C:				
გული:				
ფილტვები:				
ნევროლოგიური სტატუსი:				
გაუტკივარების რისკი ASA: შენიშვნა:				

ექიმ-ანესთეზიოლოგის სახელი, გვარი ————— ხელმოწერა —————

დანართი 8

სამედიცინო დოკუმენტაცია
 ფორმა №IV-300-7/ა
 დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
 და სოციალური დაცვის მინისტრის
 2009 წლის ————— № ————— ბრძანებით

პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

პაციენტის საყოფადღებოდ

თქვენ მიერ ექიმისთვის მიწოდებულმა არასწორმა ინფორმაციამ შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას ოპერაციის შედეგს და თქვენს ჯანმრთელობას.

მოწოდებული ინფორმაცია არის კონფიდენციალური.

გვარი, სახელი _____ თარიღი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

პასუხი შემოხაზეთ

1. გაქვთ თუ არა ტკივილი გულის არეში	დიახ	არა
– დატვირთვის დროს	დიახ	არა
– მოსვენების დროს	დიახ	არა
– ღამით	დიახ	არა
2. გაქვთ თუ არა ქოშინი (ჰაერის უკმარისობა)	დიახ	არა
– კიბეზე ასვლისას	დიახ	არა
– მოსვენებით მდგომარეობაში	დიახ	არა
– ღამით	დიახ	არა
3. გაქვთ თუ არა არითმია	დიახ	არა
4. გაწუხებთ თუ არა მაღალი არტერიული წნევა	დიახ	არა
5. გაქვთ თუ არა გადატანილი გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებული დაავადებები (ჩამოთვალეთ)	დიახ	არა
6. გაქვთ თუ არა თავის ტკივილი	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა გულისრევის შეგრძნება	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა ღებინება	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა შუილი ყურებში	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა თავბრუსხვევა	დიახ	არა
7. გქონიათ თუ არა გონების დაკარგვის ეპიზოდები	დიახ	არა
8. გაქვთ თუ არა მხედველობის პრობლემები	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა გლაუკომა	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მიოპია (ახლომხედველობა)	დიახ	არა
9. გაქვთ თუ არა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მერყევი კბილები	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა პროთეზი	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მოსახსნელი პროთეზი	დიახ	არა
10. გაქვთ თუ არა ყლაპვის გამწვანება	დიახ	არა
11. გაქვთ თუ არა ყელის ტკივილი	დიახ	არა
12. გაქვთ თუ არა ხველა	დიახ	არა
– სისხლიანი ნახველით	დიახ	არა
– მოყვითალო ფერის ნახველით	დიახ	არა
13. გაქვთ თუ არა ბრონქული ასთმის მოვლენები	დიახ	არა

14. გადატანილი გაქვთ თუ არა ფილტვების ანთება ან პლევრიტი	დიახ	არა
15. გაქვთ თუ არა ტკივილი მუცლის არეში	დიახ	არა
16. გაქვთ თუ არა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება	დიახ	არა
17. გეონიათ თუ არა შავი ფერის განავალი	დიახ	არა
19. გაქვთ თუ არა ბოყინი, გულმმარვა, სლოკინი	დიახ	არა
20. გაქვთ თუ არა თირკმლის დაავადება	დიახ	არა
21. გაქვთ თუ არა ნადველ-კენჭოვანი დაავადება	დიახ	არა
22. გაქვთ თუ არა ტკივილი წელის არეში	დიახ	არა
23. გაქვთ თუ არა შარდვის გამწვანება	დიახ	არა
24. გაქვთ თუ არა ხშირი შარდვა	დიახ	არა
25. გაქვთ თუ არა ბუასილი	დიახ	არა
27. გაქვთ თუ არა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება	დიახ	არა
28. გაქვთ თუ არა დიაბეტი	დიახ	არა
29. გაქვთ თუ არა ფარისებური ჯირკვლის დაავადებები	დიახ	არა
30. გაქვთ თუ არა კანის დაავადებები	დიახ	არა
31. გაქვთ თუ არა სასქესო ორგანოების დაავადებები	დიახ	არა
32. გაქვთ თუ არა ვენერული დაავადებები	დიახ	არა
33. გაქვთ თუ არა ალერგია მედიკამენტებზე	დიახ	არა
– მედიკამენტის დასახელება		
34. გაქვთ თუ არა სეზონური ალერგია	დიახ	არა
35. გაქვთ თუ არა ალერგია კვების პროდუქტებზე	დიახ	არა
36. ღებულობთ თუ არა მედიკამენტებს	დიახ	არა
– მედიკამენტის დასახელება		
37. ჩამოთვალეთ თქვენ მიერ გადატანილი დაავადებები		
38. ინფიცირებული ხართ თუ არა აივ-ინფექციით		
39. გაქვთ თუ არა გადატანილი ჰეპატიტი (A, B, C), ტუბერკულოზი	დიახ	არა
40. მიღებული გაქვთ თუ არა თავის ქალის ტრავმა	დიახ	არა
41. ეწევით თუ არა თამბაქოს	დიახ	არა
42. ეტანებით თუ არა ალკოჰოლს	დიახ	არა
43. იღებთ თუ არა ნარკოტიკებს	დიახ	არა
44. უჩივით თუ არა უძილობას	დიახ	არა

პაციენტის ხელმოწერა _____

დანართი 9

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ფორმა №IV-300-8/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის

2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე

ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელშიც პაციენტი, პაციენტის ნათესავი, ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი (მეურვე ან ნდობით აღჭურვილი პირი) ადასტურებენ, რომ მათ სრულფასოვნად გააცნობიერეს მკურნალობის აუცილებლობა, მისი მეთოდები, პოტენციური რისკი, შესაძლო გართულებები, ოპერაციის შემდგომი და რეაბილიტაციური პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და თავისებურებები.

შენიშვნა:

ა) თუ პაციენტი საღ გონებაზეა, ადეკვატურია, თანხმობას უშუალოდ თვითონ აწერს ხელს;

ბ) თუ პაციენტი უკონტაქტოა ან არაადეკვატურია, თანხმობას ხელს აწერს პაციენტის ნათესავი, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

პაციენტის გვარი, სახელი _____ სქესი _____ ასაკი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

მისამართი _____

_____ ტელეფონის №: _____

პირადობის დამადასტურებელი საბუთი _____

ოპერაციის წინა დიაგნოზი _____

ოპერაციის დასახელება _____

ოპერატორი _____

ანესთეზიოლოგი _____

ზოგადი ინფორმაცია გაუტკივარების შესახებ

ანესთეზიოლოგია გულისხმობს არა მხოლოდ გაუტკივარებას, არამედ ავადმყოფთა უსაფრთხოებას ქირურგიული მკურნალობის ძირითად ეტაპებზე, ანუ პაციენტების შემოწმებას, კონსულტირებას და მომზადებას ანესთეზიისათვის, გაუტკივარებას ოპერაციასა და მის შემდგომ პერიოდში, ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს და მართვას (გარეგანი სუნთქვა და რესპირატორული თერაპია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, ძილი, ფსიქო-ემოციური სტატუსი და სხვა), პოსტოპერაციული პერიოდის მართვას.

არსებობს გაუტკივარების შემდეგი სახეები: ზოგადი, რეგიონული და ადგილობრივი.

ზოგადი ანესთეზია არის ინტრავენური და ინჰალაციური.

ინტრავენური ანესთეზიის დროს პაციენტის ვენაში შეჰყავთ პრეპარატი, რომელიც იწვევს გაუტკივარებას და თრგუნავს პაციენტის ცნობიერებას. იგი გამოიყენება მცირე და საშუალო მასშტაბის ოპერაციების დროს. იგივე შედეგი შეიძლება მიღწეულ იქნეს ინჰალაციური ანესთეზიით, როდესაც პაციენტს ნიღბით ან საინტუბაციო მილის საშუალებით მიეწოდება ინჰალაციური ანესთეტიკი. რიგ შემთხვევაში ტარდება ზოგადი კომბინირებული ანესთეზია, რაც გულისხმობს ინტრავენური და ინჰალაციური ანესთეზიის კომბინაციას. ზოგადი ანესთეზია გამოიყენება ფართომასშტაბიანი ოპერაციების დროს.

რეგიონალური გაუტკივარების მეთოდებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სპინალურ და პერიდურალურ ანესთეზიას, რომლის დროსაც ზურგის ტვინის არეში შეჰყავთ სხვადასხვა ხანგრძლივობის მოქმედების ანესთეტიკები, რაც იწვევს ტკივილის, შეხების და ზოგიერთ შემთხვევაში შეყვანის ადგილიდან ქვევით მოძრაობის დროებით გამოთიშვას. სპინალურ ანესთეზიას ზოგ შემთხვევაში ემატება ინტრავენური სედაცია და პაციენტს ოპერაციის დროს სძინავს. მიუხედავად პაციენტების დიდი შიშისა, ამ სახის ანესთეზიის დროს ზურგის ტვინისა და მისგან გამომავალი ნერვების დაზიანება თითქმის გამორიცხულია.

გაუტკივარების შესაძლო გართულებები

მიუხედავად სრულფასოვნად ჩატარებული გაუტკივარებისა, არსებობს მოსალოდნელი გართულებების ალბათობა. ნებისმიერი სახის გაუტკივარება დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან. სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი გაუტკივარების დროს შეადგენს 1:10000. ზოგადად, გაუტკივარების გამოსავალი არის კარგი, თუმცა მოსალოდნელია გარკვეული გართულებები, რომელთა რიცხვს განეკუთვნება:

□ მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

□ ინსულტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა ან ცერებროვასკულარული დაავადებები

□ ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია

□ ასპირაციული პნევმონია, რომელიც შეიძლება განვითარდეს გადაუდებელი ოპერაციის, სავსე კუჭის და მუცლისშიდა წნევის მაღალი მაჩვენებლების (ორსულობის ან ნაწლავთა გაუვალბობის) დროს

□ ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, რომლის დიაგნოსტიკა წინასასაოპერაციო პერიოდში ძალიან ძნელია

□ გაუთვალისწინებელი ალერგიული რეაქციები მედიკამენტებსა და სისხლის კომპონენტებზე

□ ნერვის შექცევადი ან შეუქცევადი დაზიანება რეგიონული გაუტკივარების დროს

□ პნევმონია ან ატელექტაზი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს იმ პაციენტებში, რომლებსაც წარსულში დაუდგინდათ ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდათ სასუნთქი გზების ინფექციები

□ კბილების, ღრძილის, ტუჩების ან პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება გაუტკივარების პროცედურების ჩატარების დროს

□ ყელის ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა გახანგრძლივებული ოპერაციების დროს

□ სხვა მოულოდნელი შემთხვევითი დაზიანება, რომელიც ვერ იქნება ნავარაუდევი გაუტკივარების დაწყებამდე

ოპერაციის ჩასატარებლად არჩეული გაუტკივარების მეთოდი

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| □ ზოგადი ბალანსირებული გაუტკივარება | □ ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური |
| სუნთქვის შენარჩუნებით | |
| □ სპინალური გაუტკივარება | □ ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება |
| | |
| □ ეპიდურული გაუტკივარება | □ ტოტალური ინტრავენური გაუტკივარება |
| სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით | |
| □ გამტარებლობითი გაუტკივარება | □ სხვა— |

დამატებითი შენიშვნები გაუტკივარების შესაძლო გართულების შესახებ:

ექიმი ანესთეზიოლოგი: _____

თანხმობა გაუტკივარებაზე:

მე, _____,
(პაციენტი ან მისი თანმხლები პირი – მიეთითოს პაციენტთან კავშირი)

მცხოვრები _____
(მისამართი)

პირადობის მოწმობა _____
N^o _____ პირადი N^o _____

ვადასტურებ, რომ:

1. ანესთეზიოლოგმა მომაწოდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციის წინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს — სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო აღნიშნული მითითება.
2. მივაწოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტების ან საკვების მიმართ ალერგიული რეაქციის შესახებ.
3. მქონდა შესაძლებლობა ანესთეზიოლოგთან მემსჯელა მოსალოდნელი გაუტკივარების შესახებ და მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა კითხვაზე.
4. მქონდა საკმარისი დრო გადაწყვეტილების მისაღებად და ალტერნატიული აზრის მოსმენის საშუალება.
5. საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება.
6. თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა საჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის, განახორციელოს ჰემოტრანსფუზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ.
7. უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთანი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი.
8. ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე, ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრულება.
9. გავეცანი აღნიშნულ დოკუმენტს და ჩემთვის ყველაფერი ნათელია.
10. აღნიშნულ ხელშეკრულებას ხელს ვაწერ საკუთარი ნებითა და ნათელი ცნობიერებით.
11. ინფორმირებული ვარ, რომ აღნიშნული ხელშეკრულება ძალაშია 72 საათის განმავლობაში.

☐ თანხმობას ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე და ანესთეზიოლოგად ვირჩევ

☐ უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე (აღინიშნოს მიზეზი)

პაციენტის (ან პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის
ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის, ხელმოწერა _____
თარიღი _____

დრო _____

დახარჯი 10

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-9/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის _____ № ----- ბრძანებით

პაციენტის პოსტპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

[illegible]

ხელმოწერა _____

ხელმოწერა _____

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-10/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე

მივიღე ინფორმაცია სისხლის და მისი კომპონენტების გადასხმის შესახებ.

მკურნალმა ექიმმა გამაცნო გადასხმის მიზანი, მისი აუცილებლობა, ხასიათი და პროცედურის თავისებურებანი, გადასხმის შემდეგ შესაძლო რეაქციები და გართულებები, რომლის განვითარების შემთხვევაში თანახმა ვარ ყველა საჭირო სამედიცინო ჩარევაზე. ასევე ჩემთვის ცნობილია დაავადების მიმდინარეობა სისხლის და მისი კომპონენტების გადასხმაზე უარის შემთხვევაში.

პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა საინტერესო შეკითხვაზე, რაც შეეხება მის ჯანმრთელობას, დაავადებას, მკურნალობას. ასევე მიიღო პასუხიმკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და მის ღირებულებაზე.

ხელმოწერა _____

„-----“-----200-----წელი

პაციენტი თანახმაა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რაზედაც

პირადად აწერს ხელს (პაციენტის ხელიმოწერა)
(სახელი, გვარი)

ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა ----- (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით ----- (პაციენტის ხელის მოწერა) -----
(სახელი, გვარი)

ნათესავის ან კანონიერი

წარმომადგენლის.....
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

დანართი 12

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-11/ა
დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
2009 წლის № ბრძანებით

სისხლის და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი

პაციენტის გვარი, სახელი..... ბარათის ნომერი

განყოფილება პალატის ნომერი

სისხლის ჯგუფი..... რეზუს-ფაქტორი ანალიზის №..... გადასხმის თარიღი

სისხლის ანალიზის ჩატარების თარიღი

ტრანსფუზიის ჩვენება: მწვავე სისხლდენა, ტრავმული შოკი საშუალო ან ძლიერი სისხლდენით,
სხვადასხვა წარმოშობის ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია (ხაზი
გაესვას), სხვა

სატრანსფუზიო საშუალება: კონსერვირებული სისხლი, ერითროციტული მასა, გარეცხილი ერითროციტები,
ლეიკოციტური მასა, BCR-ერითროციტები თრომბოკონცენტრატი, პლაზმა (ნატიური, ახლად გაყინული)

გადასხმის მეთოდი: წვეთოვნად წვ. წუთში, ნაკადით, სხვა..... რაოდენობა

საპასპორტო მონაცემები: ეტიკეტის №..... დამზადების თარიღი..... სისხლის კომპონენტის
დასახელება

ჯგუფობრიობა რეზუს კუთვნილება დონორის გვარი/კოდი

დამამზადებელი ორგანიზაცია

ტრანსფუზიული

ანამნეზი:.....

სამეანო

ანამნეზი:.....

სისხლის ჯგუფობრიობის საკონტროლო გამოკვლევების შედეგები

პაციენტის სისხლის ჯგუფი: დონორის სისხლის ჯგუფი:

ჯგუფობრიობის განსაზღვრა ნაწარმოებია მონოკლონების თითო სერიით

ანტი A ----- ანტი B ----- ანტი AB ----- ანტი D -----

ინდივიდუალური შეთავსების საკონტროლო გამოკვლევების შედეგები

ჯგუფობრიობაზე ----- რეზუსზე ----- სამჯერადი ბიოლოგიური სინჯი -----

ტრანსფუზია დაიწყო ----- სთ. ----- წუთზე, P ----- TA ----- t ----- R -----

ტრანსფუზია დამთავრება ----- სთ. ----- წუთზე, P ----- TA ----- t ----- R -----

ტრანსფუზიის შემდგომი მეთვალყურეობა

15 წუთის შემდეგ P ----- TA ----- t ----- R -----

1 საათის შემდეგ P ----- TA ----- t ----- R -----

2 საათის შემდეგ P ----- TA ----- t ----- R -----

რეაქცია ან გართულება ტრანსფუზიის დროს ან მის შემდეგ -----

ექიმის გვარი, სახელი ----- ხელმოწერა ----- თარიღი -----

დანართი 13

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ფორმა №IV-300-12/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის

2009 წლის ----- № ----- ბრძანებით

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

მე, ----- ,
(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ.

მკურნალმა ექიმმა მომაწოდა შემდეგი ინფორმაცია:

1. სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ:

2. სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ:

3. პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ:

4. განზრახული სამედიცინო მომსახურების, სხვა ალტერნატიული ვარიანტებისა, მათი თანხმლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ:

5. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ:

6. ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ:

პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა სხვა საინტერესო შეკითხვაზე.

ექიმი _____ ხელმოწერა _____
(სახელი, გვარი)

„-----“ 200—წ.

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე, რასაც ადასტურებს

საკუთარი ხელის მოწერით _____ (პაციენტის ხელის მოწერა) _____
(სახელი, გვარი)

პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის _____
(სახელი, გვარი, ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა _____ (თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შედის)

პაციენტის სახელი, გვარი ----- ბარათის ნომერი -----

განყოფილება ----- პლატის ნომერი-----

[illegible]

მორიგე ექთნის ხელმოწერა													

დ – დამაკმაყოფილებელი

სს – საშუალო სიმძიმის

მ – მძიმე

დანართი 15

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ფორმა №IV-300-14/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის

2009 წლის _____ № _____ ბრძანებით

ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____ ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

პაციენტის მდგომარეობის დინამიკა _____

პაციენტის შემდგომი მართვის ტაქტიკა და პროგნოზი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

თარიღი _____

დანართი 16

სამედიცინო დოკუმენტაცია
 ფორმა №IV-300-15/ა
 დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
 და სოციალური დაცვის მინისტრის
 2009 წლის _____ №----- ბრძანებით

წინასაოპერაციო ეპიკრიზი

პაციენტის გვარი, სახელი _____

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი _____

ჩივილები _____

დაავადების დინამიკა _____

ობიექტური მონაცემები (მოკლედ) _____

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგები _____

კლინიკური დიაგნოზი _____

ოპერაციული მკურნალობის ჩვენება _____

ოპერაციული მკურნალობის მიზანი და ამოცანები _____

ოპერაციის გეგმა _____

ოპერაციის მსლელობისას მოსალოდნელი ტექნიკური სირთულეები _____

მოსალოდნელი პოსტოპერაციული გართულებები _____

პოსტოპერაციული გართულებების პრევენცია _____

მკურნალი ექიმის _____ ხელმოწერა _____ თარიღი _____
(სახელი, გვარი)

განყოფილების გამგის _____ ხელმოწერა _____ თარიღი _____
(სახელი, გვარი)

დანართი 17

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ფორმა №IV-300-16/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის

2009 წლის _____ № ----- ბრძანებით

ოპერაციის პროტოკოლი №

პაციენტის გვარი, სახელი _____

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი _____

ოპერაციის დასახელება _____

გაუტკივარების სახეობა _____

ოპერაციის დაწყების თარიღი, დრო _____

ოპერაციის დასრულების თარიღი, დრო _____

ოპერაციის აღწერა:

პაციენტის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე _____

საოპერაციო არის დამუშავება _____

საოპერაციო მიდგომა _____

(საოპერაციო განაკვეთის არე,

განაკვეთის ზომა, მიმართულება,

განაკვეთის შრეები)

ოპერაციისას გამოვლენილი პათოლოგიური ცვლილების აღწერა _____

ინტრაოპერაციული დიაგნოზი _____

ოპერაციის მსვლელობის თანმიმდევრობითი აღწერა _____

ჩატარებულია თუ არა ჭრილობის ჰემოსტაზი, ჭრილობაში (დრუში) დატოვებული ტამპონების და დრენაჟების რაოდენობა, მათი კანში გამოტანის ადგილების მითითებით _____

ბანდისა და ინსტრუმენტების საკონტროლო დათვლა _____

ოპერაციის დასრულება (ნაკერების ტიპი, ნახვევი) _____

ამოკვეთილი მაკროპრეპარატის აღწერა, მათი გაგზავნის ადგილი _____

ოპერატორი _____ ხელმოწერა _____

(სახელი, გვარი)

თარიღი _____

დანართი 18

სამედიცინო დოკუმენტაცია

ფორმა №IV-301/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა

და სოციალური დაცვის მინისტრის

2009 წლის _____ № ---- ბრძანებით

სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი

	შემოსვლა	გვარი, სახელი, მამის სახელი	ასაკი	მისამართი	ვინ გამოგზავნა პაციენტი ან ვის	განყოფილება, რომელშიც
--	----------	-----------------------------	-------	-----------	--------------------------------	-----------------------

№	თარიღი	დრო				მიერ მიყვანილი	არის	განთავსდა პაციენტი

პაციენტის სტაციონარული ბარათის №	გამომგზავნი დაწესებულების დიაგნოზი	გაეწერა, გადაყვანილ იქნა სხვა სტაციონარში, გარდაიცვალა (ჩაიწეროს და აღინიშნოს თარიღი და სტაციონარის დასახელება, სადაც იქნა გადაყვანილი)	ნათესავისთვის (ან კანონიერი წარმო- მადგენლისათვის) ან დაწესებულებისათვის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ მიწოდებული ინფორმაციის აღვნიშვნა	თუ არ იქნა ჰოსპიტალიზი- რებული მიზეზი და მიღებული ღონისძიებები	შენიშვნები

6. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №01-41/ნ

2011 წლის 15 აგვისტო

ქ. თბილისი

ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის შესაბამისად, ვბრძანებ:

1. დამტკიცდეს „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი“.
2. ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების, მათი წარმოებისა და შევსების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 22 აგვისტოს №224/ნ ბრძანება.
3. ბრძანება ამოქმედდეს 2012 წლის 1 იანვრიდან.

მინისტრის მოვალეობის შემსრულებელი ი. გიორგობიანი

ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი საერთოა ყველა ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირისათვის (გარდა სტომატოლოგიური, სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (emergency) -ს სერვისების მიმწოდებლებისა).
2. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაცია იწარმოება ყველა ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ უნიფიცირებულად, ამ ბრძანების შესაბამისად.

3. დოკუმენტაციაში ჩანაწერები სრულდება სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად.
4. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაცია არ არის მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტი.
5. მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია, განმარტოს დადგენილი ფორმების ცალკეული პუნქტი, შემოიღოს დამატებები სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების დამტკიცებული წესის შეუცვლელად; ამასთანავე, დაწესებულების პროფილისა და სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გათვალისწინებით, მოახდინოს ამ ბრძანებაში არსებული, მათთვის საჭირო ფორმების გამოყენება, აგრეთვე მოდიფიცირება, მათში არსებული ძირითადი ინფორმაციის აუცილებელი წესით შენარჩუნებითა და გათვალისწინებით.
6. მომსახურების მიმწოდებელი უფლებამოსილია, საჭიროებიდან გამომდინარე, ამ ბრძანების ძალაში შესვლისას მოქმედი პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმები დაურთოს ახალ „ამბულატორიულ სამედიცინო დოკუმენტაციას“.
7. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუწარმოების შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მოითხოვოს ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის (ცალკეული ფორმის) ასლი.
8. ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება შესაძლებელია განხორციელდეს ელექტრონული ფორმით.
9. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაცია ინახება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 2. „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი“ – ფორმა IV-№200/ა (დანართი №1)

1. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათს აწარმოებს ყველა ის ფიზიკური და იურიდიული პირი/დაწესებულება (მომსახურების მიმწოდებელი), რომელიც სამედიცინო საქმიანობას ეწევა ამბულატორიულად (მათ შორის დღის სტაციონარის პირობებში). პაციენტის დაყოვნება სამედიცინო დაწესებულებაში არ უნდა აღემატებოდეს 24 საათს.
2. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი ივსება ყველა პაციენტისათვის ინდივიდუალურად. სამედიცინო ბარათს რიგითი ნომერი ენიჭება მოქალაქის/პაციენტის პირადი ნომრის მიხედვით (პირადი ნომრის არქონის შემთხვევაში რეგისტრაციის ჟურნალში დაფიქსირებული რიგითი ნომრის მიხედვით).
3. ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირი ან რეგისტრატურის თანამშრომელი, პაციენტის შემოსვლისთანავე ბარათის სატიტულო გვერდზე ავსებს „საპასპორტო მონაცემებს“. ივსება ყველა ის გრაფა, რომელზეც არსებობს ინფორმაცია.
4. მონაცემებს სისხლის ჯგუფის, რეზუს-ფაქტორისა და მედიკამენტებზე ალერგიული რეაქციების შესახებ ავსებს ექიმი, ასეთი ინფორმაციის არსებობისას.

მუხლი 3. „იმუნიზაციის ცხრილი“ – ფორმა № IV-200-1/ა (დანართი №2)

იმუნიზაციის ცხრილში, გარდა აცრების კალენდრით განსაზღვრულისა, შესაძლებელია თავისუფალ გრაფებში დაფიქსირდეს ინფორმაცია სხვა განხორციელებული ვაქცინაციის შესახებ.

მუხლი 4. „ზოგადი მონაცემების ცხრილი“ – ფორმა № IV-200-2/ა (დანართი №3)

ზოგადი მონაცემების ცხრილი შეიძლება შეიცავდეს როგორც პაციენტის პროფილაქტიკური/გეგმიური გასინჯვებისას, ისე მკურნალობის მიზნით ექიმთან ვიზიტისას. აღნიშნულ ცხრილში ასევე შესაძლებელია სერვისის მიმწოდებელმა დაამატოს სხვა მისთვის საჭირო ობიექტური მონაცემი.

მუხლი 5. „დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილი“ – ფორმა № IV-200-3/ა (დანართი №4)

დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილში ასახული ყველა დიაგნოზი უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10 (შემდგომში – ICD-10) ნორმების კლინიკურ ვარიანტს.

მუხლი 6. „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის მიმწოდებელთათვის“ – ფორმა № IV-200-4/ა (დანართი №5)

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის მიმწოდებლების ფორმა ივსება ICPC-2-R კოდების მითითებით, პაციენტის ყოველი ვიზიტის დროს (მიუხედავად ვიზიტის მიზეზისა). აღნიშნულ ფორმაში ხდება მონაცემების და აქტივობის დაფიქსირება, კონკრეტული თარიღის შესაბამისად.

მუხლი 7. „პაციენტის გასინჯვის ფურცელი“ – ფორმა № IV-200-5/ა (დანართი №6)

1. პაციენტის გასინჯვის ფურცელი იწარმოება როგორც პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლის (მათ შორის, სოფლის ექიმის ოფისი) ასევე სპეციალიზებული ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებლის მიერ. მას ავსებს ექიმი-სპეციალისტი. იგი ივსება პაციენტის, როგორც პირველადი, ასევე განმეორებითი ვიზიტ(ებ)ისა და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების ყველა შემთხვევაში. აქვე უნდა დაფიქსირდეს ინფორმაცია საავადმყოფო ფურცლის გაცემის შესახებ შესაბამისი რეკვიზიტების (საავადმყოფო ფურცლის ნომერი, ვადა) მითითებით.

2. ამბულატორიულად პედატრიული სერვისის წარმოების შემთხვევაში, ბავშვის განვითარების, (მათ შორის ფსიქომოტორული განვითარების) შეფასება და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა, ისევე როგორც სხვა სერვისების შემთხვევებში წარმოებს ქვეყანაში აღიარებული ნორმებით.

მუხლი 8. „კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგების“ – ფორმა № IV-200-6/ა (დანართი №7)

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგების ფორმა ივსება პასუხისმგებელი პირის მიერ, მათ შორის, ენდოსკოპიური კვლევების დროს. მას ასევე შესაძლებელია თან დაერთოს ჩატარებული კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შედეგების ამსახველი სხვა ფორმები. სამედიცინო გამოკვლევის კოდ(ებ)ის მითითების შემთხვევაში, ის უნდა დაფიქსირდეს ძირითადი კლინიკური ან/და დიაგნოსტიკური გამოკვლევის ჩანაწერის ბოლოს.

მუხლი 9. „სამედიცინო ჩარევის ოქმი“ – ფორმა № IV-200-7/ა (დანართი №8)

სამედიცინო ჩარევის ოქმი ივსება ამბულატორიულ პირობებში ჩატარებული მცირე ქირურგიული ჩარევებისა და პროცედურების დროს. ოქმი თან ერთვის სამედიცინო ბარათს. მას ავსებს სამედიცინო ჩარევებზე პასუხისმგებელი ექიმი. იმ შემთხვევაში, თუ ხდება სამედიცინო პროცედურების კოდის მითითება, ის უნდა დაფიქსირდეს სამედიცინო ჩარევის გრაფაში, ტექსტუალური ნაწილის შემდეგ.

მუხლი 10. „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე“ – ფორმა № IV-200-8/ა (დანართი №9)

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ივსება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ექიმის მიერ, პაციენტის ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის თანდასწრებით, სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლისა და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის შესაბამისად.

მუხლი 11. „ანტე/პერინატალური ანამნეზი“ – ფორმა № IV-200-9/ა (დანართი №10)

ანტე/პერინატალური ანამნეზის – ფორმა ივსება ახალშობილის სამედიცინო ბარათის, „დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობა ფორმა №103/ს-84“, ასევე მშობლების გამოკითხვით მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, ექიმ-სპეციალისტის მიერ.

მუხლი 12. „გეგმიური მეთვალყურეობის ფორმა“ – ფორმა № IV-200-10/ა (დანართი №11)

გეგმიური მეთვალყურეობის ფორმა – გათვალისწინებულია 0-18 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის. იგი განკუთვნილია პროფილაქტიკური/გეგმიური გასინჯვებისათვის. ფორმა ივსება მას შემდეგ, რაც ექიმი-სპეციალისტი მოახდენს ასაკის შესაბამისად ბავშვის განვითარების (მათ შორის ფსიქომოტორული განვითარების) შეფასებას ქვეყანაში აღიარებული ნორმების მიხედვით.

მუხლი 13. ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი – ფორმა № IV-200-11/ა (დანართი №12)

ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი იწარმოება ლაბორატორიული მომსახურების მიმწოდებელი პირის მიერ. მასში უნდა აღირიცხოს ყველა ჩატარებული ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემი.

მუხლი 14. ამბულატორიული პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი – ფორმა № IV-200-12/ა (დანართი №13)

ამბულატორიული პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი იწარმოება იმ ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებებში, სადაც პაციენტები იმყოფებიან აღრიცხვაზე (მათ შორის პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებაში, სოფლის ექიმის/სოფლის ექთნის ოფისში).

ჟურნალში უნდა დაფიქსირდეს როგორც აღრიცხვაზე აყვანის, ასევე აღრიცხვიდან მოხსნის თარიღი, გადაყვანის შემთხვევაში უნდა მითითდეს მიმღები პირი (თუ ცნობილია).

მუხლი 15. ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების რეგისტრაციის ჟურნალი – ფორმა № IV-200-13/ა (დანართი №14)

ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების რეგისტრაციის ჟურნალი ივსება ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლის მიერ.

მასში ფიქსირდება, როგორც ვიზიტი, ასევე ექიმისა და ექთნის ბინაზე/ადგილზე გამოძახების ყველა შემთხვევა.

დანართი №1

ფორმა №IV-200/ა

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ამბულატორიული პაციენტის

სამედიცინო ბარათი №__

გვარი, სახელი, _____

სქესი: _____

დაბადების თარიღი _____ ტელეფონი _____

პირადი ნომერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____

მისამართი _____

სამუშაო ადგილი, პროფესია _____

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი: ზომიერი ი, მნიშვნელოვანი ი, მკვეთრი ი.

სისხლის ჯგუფი _____ Rh-ფაქტორი _____

სისხლის გადასხმები _____

(როდის და რამდენი)

ალერგია _____

(მედიკამენტი, საკვები და სხვა. რეაქციის ტიპი)

ქირურგიული ჩარევები

გადატანილი ინფექციური დაავადებები _____

ქრონიკული დაავადებები (მ.შ. გენეტიკური დაავადებები) და მავნე ჩვევები

სადაზღვევო პოლისის ნომერი _____

სადაზღვევო კომპანია _____

დანართი №2

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-1/ა

იმუნიზაციის ცხრილი

თარიღი	ასაკი	ტუბერკულოზი	ჰეპატიტი B	დიფტერია	ტეტანუსი	ყივანახველა	ჰემოფილური ინფექციები	პოლიო
--------	-------	-------------	------------	----------	----------	-------------	-----------------------	-------

* ჩატარებული იმუნიზაცია აღინიშნება „+“ ნიშნით

** ჩატარებული იმუნიზაცია აღინიშნება „-“ ნიშნით და შენიშვნის გრაფაში მიეთითება მიზეზი

*** თავისუფალ გრაფებში შესაძლებელია მიეთითოს სხვა ჩატარებული იმუნიზაციის მონაცემები

დანართი №3

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-2/ა

ზოგადი მონაცემების ცხრილი

თარიღი	სიმაღლე	წონა	არტერიული წნევა T/A	გულის შეკუმშვის სიხშირე P	სუნთქვის სიხშირე R	ტემპერატურა T °C	სხვა *	სხვა *

* სერვისის მიმწოდებელი უფლებამოსილია ცხრილის თავისუფალ გრაფაში დააფიქსიროს სხვა, მისთვის საჭირო ობიექტური მონაცემი

დანართი №4

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-3/ა

დასკვნითი დიაგნოზების ცხრილი

თარიღი	დიაგნოზი (ICD-10 კოდი)	ექიმის ხელმოწერა

დანართი №5

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-4/ა

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მიმწოდებელთათვის

თარიღი	მიმართვის მიზეზი ICPC-2-R	წინასწარი დიაგნოზი ICPC-2-R	გამოკვლევები (სადიაგნოსტიკო პროცედურები/მანიპულა- ციები; კონსულტაციები; რეფერალი) ICPC-2-R	საბოლოო დიაგნოზი ICPC-2-R	საბოლოო დიაგნოზი ICD-10	შენიშვნა

დანართი №6

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-5/ა

პაციენტის გასინჯვის ფურცელი

კონსულტაციის სახე _____

სამედიცინო ბარათის № _____

პაციენტი _____

(სახელი, გვარი, ასაკი)

ექიმის სახელი, გვარი _____ თარიღი _____

დანართი №7

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-6/ა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ სპეციალობა _____
 ხელმოწერა _____ თარიღი _____

დანართი №8

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-7/ა

სამედიცინო ჩარევის ოქმი №

პაციენტის გვარი, სახელი

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი

სამედიცინო ჩარევის სახე

გაუტკივარება _____

დაწყების თარიღი, დრო _____

დასრულების თარიღი, დრო _____

რეკომენდაცია/დანიშნულება

ექიმი _____ ხელმოწერა _____
 (სახელი, გვარი)

დანართი №9

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-8/ა

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

მე

(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ. მკურნალმა ექიმმა გამაცნო სამედიცინო მომსახურების მიზანი, მისიმიმდინარეობა, თავისებურებანი და შესაძლო გართულებები. ასევე ჩემთვის ცნობილია სამედიცინო მომსახურებაზე უარის შემთხვევაში დამდგარი შედეგის შესახებ.

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის)

ხელმოწერა _____

მე, ექიმი _____

(სახელი, გვარი)

ვადასტურებ, რომ პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა შეკითხვაზე, რაც შეეხება მის ჯანმრთელობას, დაავადებას, მკურნალობას. ასევე მიიღო პასუხი მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და მის ღირებულებაზე.

ხელმოწერა _____

თარიღი „-----“-----

დანართი №10

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

ფორმა №IV-200-9/ა

პირის/დაწესებულების დასახელება

ანტე/პერინატალური ანამნეზი

მშობლების ასაკი ბავშვის დაბადებისას: დედა ----- მამა -----

ორსულობა რიგითობა ----- ანამნეზში: აბორტი _ ო თვითნებური ო ხელოვნური; მკვდრადშობადობა

ო ჯერადობა -----; სხვა პრობლემა -----

ჯანმრთელობის პრობლემები ბოლო ორსულობისას: -----

მედიკამენტების გამოყენება ო არა, ო კი -----

სკრინინგი სგდ ო არა, ო კი ----- აივ/შიდსი ო არა, ო კი B ჰეპატიტი ო არა, ო კი

მშობიარობა (ჯერადობა) ----- მშობიარობა: ფიზიოლოგიური ო პათოლოგიური ო -----

----- საკეისრო კვეთა ო

ახალშობილი - გესტაციური ასაკი -----; წონა; ----- სიგრძე -----

თავის გარშემოწერილობა: -----; აბგარი ----- ქულა; პრობლემა დაბადებისას:-- -----

სამშობიაროდან გამოეწერა ჯანმრთელი ო კი, ო არა -----

კვების ხასიათი სამშობიარო სახლში: ბუნებრივი ო შერეული ო ხელოვნური ო (მიზეზი/საკვები)-----

იმუნიზაცია სამშობიარო სახლში:

იმუნიზაციის სახე	აგვის თარიღი	ბავშვის ასაკი	ვაქცინის დოზა	ვაქცინის სერია	რეაქცია აცრაზე
ბცქ (BCG)					
ჰეპ B (Hep B)					

სკრინინგი

ენილკეტონურია ო კი, ო არა, შედეგი -----

ჰიპოთირეოზი ო კი, ო არა, შედეგი -----

დანართი №11

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-10/ა

გეგმური მეთვალყურეობის ფორმა

0-18 წელი

ვიზიტი ----- ბავშვის ასაკი ----- თარიღი -----

ზოგადი მონაცემები

წონა		გულის შეკუმშვის სიხშირე P	
სიმაღლე		სუნთქვის სიხშირე R	
თავის გარშემოწერილობა		ტემპერატურა T° C	
კბილები	<u>55 54 53 52 51 61 62 63 64 65</u> 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 <u>18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25</u> <u>26 27 28</u> 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	არტერიული წნევა T/A	

ობიექტური მონაცემები

ზოგადი მდგომარეობა	
კანი	
კანქვეშა ქსოვილი	
ხილული ლორწოვანი გარსები	
პერიფერიული ლიმფური კვანძები	
კუნთოვანი სისტემა	
ძვალ-სახსროვანი სისტემა	
სასუნთქი სისტემა	
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	
საჭმლის მომნელებელი სისტემა	
შარდ-სასქესო სისტემა	
ნერვული სისტემა	
ფსიქო-ნევროლოგიური სტატუსი*	

*ყველა ვიზიტის დროს ფასდება ფსიქომოტორული განვითარება ასაკის მიხედვით. პრე

და პუბერტატულ ასაკში ფასდება მეორადი სასქესო ნიშნები

კვება _____

☐ ☐ საყოფაცხოვრებო პირობები: ადეკვატური კი არა

☐ ☐ ბავშვზე ძალადობის/უგულვებელყოფის ნიშნები: არა კი არა

ბავშვის ქცევა / დამოკიდებულება ოჯახის წევრებთან და მეგობრებთან -----

☐ ☐ გეგმიური იმუნიზაცია ჩატარდა: კი არა
მიზეზი

☐ ☐ ფსიქომოტორული განვითარება: შეესაბამება ასაკს არ შეესაბამება ასაკს

☐ ☐ მეორადი სასქესო ნიშნების შეფასება: შეესაბამება ასაკს არ შეესაბამება ასაკი
დამატებითი მონაცემები _____

დანართი №12

ფორმა №IV-200-11/ა

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი

პირის /დაწესებულების დასახელება

ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი

რიგითი №	პაციენტის სახელი და გვარი	საიდენტიფიკაციო №	ჩატარების თარიღი	კვლევის ტიპი (ჩაიწეროს სიტყვიერად)	კვლევის ტიპი (ჩაიწეროს ლაბორატორიული ჩარევების კლასიფიკატორის კოდ(ებ)ის მითითებით)	კვლევა ჩატარა		ექთანი
						მომსახურების გაწევის სუბიექტის სახელი და გვარი	ხელის მოწერა ექიმი	

პირის/დაწესებულების დასახელება

ამბულატორიული პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი

[illegible]

პირის/დაწესებულების დასახელება

ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების რეგისტრაციის ჟურნალი

[illegible]

საქართველოს მთავრობის

დადგენილება №56

2017 წლის 3 თებერვალი

ქ. თბილისი

6. „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის №385 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ

+

მუხლი 1

„ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის №385 დადგენილებაში (სსმ, №168, 24/12/2010) შეტანილ იქნეს შემდეგი ცვლილება:

1.

დადგენილებით დამტკიცებული №2 დანართის (დებულება სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ):

ა) მე-3 მუხლის:

ა.ა) 3¹ პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 3², 3³, 3⁴, 3⁵ და 3⁶ პუნქტები:

„3². 2017 წლის 1 ოქტომბრიდან სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის მამიებელი/მფლობელი ვალდებულია ჰყავდეს სტაციონარულ სერვისზე პასუხისმგებელი პირი – კლინიკური მენეჯერი, რომლის მიმართ მოთხოვნები განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის (შემდგომში – მინისტრი) ბრძანებით.

3³. 2017 წლის 1 ოქტომბრიდან სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის მფლობელი/მამიებელი ვალდებულია, ამ მუხლის 3² პუნქტით განსაზღვრული კლინიკური მენეჯერის დანიშვნისა და გათავისუფლების თაობაზე 5 სამუშაო დღის ვადაში შეატყობინოს ნებართვის გამცემს.

3⁴. 2017 წლის 1 ოქტომბრიდან სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის მფლობელის მხრიდან ამ დადგენილებით განსაზღვრული სანებართვო პირობების სისტემატური დარღვევისას, ასევე აღნიშნული პირობების ერთჯერადი მძიმე დარღვევისას, ან ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის მოთხოვნათა ისეთი დარღვევისას, როდესაც კომპეტენტური ორგანოს მიერ დადასტურებულია მნიშვნელოვანი ორგანიზაციული ხარვეზი, თუ ამ უკანასკნელს მოჰყვა პაციენტის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუარესება ან სიკვდილი ან/და პაციენტისათვის მნიშვნელოვანი მატერიალური ზიანის მიყენება, ამ მუხლის 3² პუნქტით განსაზღვრული აღნიშნული დაწესებულების სტაციონარულ სერვისზე პასუხისმგებელი პირი – კლინიკური მენეჯერი, კანონმდებლობით განსაზღვრული ვადით, სააგენტოს მიერ რეგისტრირდება სამართალდამრღვევი სტაციონარულ სერვისზე პასუხისმგებელი პირ(ებ)ის რეესტრში (შემდგომში – რეესტრი).

შენიშვნა: პასუხისმგებლობა ვრცელდება იმ კლინიკურ მენეჯერზე, რომელიც დარღვევის პერიოდში იკავებდა აღნიშნულ თანამდებობას.

3⁵. რეესტრში სამართალდამრღვევი ამ მუხლის 3² პუნქტით განსაზღვრული სტაციონარულ სერვისზე პასუხისმგებელი პირის – კლინიკური მენეჯერის რეგისტრაცია ხორციელდება 3 წლის ვადით.

3⁶. სააგენტო ვალდებულია აწარმოოს რეესტრი და უზრუნველყოს მისი საჯაროობა.“;

ა.ბ) მე-7 პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 7¹ და 7² პუნქტები:

„7¹. ნებართვის დანართი სამედიცინო-ნეონატალური მომსახურებისათვის გაიცემა მხოლოდ სტაციონარული დაწესებულების

ნებართვის მფლობელის/მამიებლის მიერ პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის განმსაზღვრელი დოკუმენტის (მოწმობა) ფლობის შემთხვევაში, ამასთან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს უფლება აქვს, განახორციელოს მხოლოდ პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის განმსაზღვრელ დოკუმენტში (მოწმობა) მითითებული დონის შესაბამისი სერვისი.

7². სტაციონარული დაწესებულების მიერ პერინატალური სერვისის რეგიონალიზაციის დონის განმსაზღვრელი დოკუმენტის (მოწმობა) მოპოვების საკითხი განისაზღვრება მინისტრის ბრძანებით.“;

ბ) მე-7 მუხლს დაემატოს შემდეგი შინაარსის მე-6, მე-7, მე-8, მე-9 და მე-10 პუნქტები:

„6. სამეანო და ნეონატალური მომსახურების მიმწოდებელი ყველა სტაციონარული დაწესებულება ვალდებულია, 2018 წლის 1 იანვრამდე თავისი საქმიანობა შესაბამისობაში მოიყვანოს ამ დანართით განსაზღვრულ პირობებთან და 2018 წლის 1 ივნისამდე მოიპოვოს ნებართვის დანართი – „სამეანო-ნეონატალური მომსახურება“, გარდა ამ მუხლის მე-7 პუნქტით განსაზღვრული შემთხვევებისა.

7. სამეანო და ნეონატალური მომსახურების მიმწოდებელი იმ სტაციონარული დაწესებულებისათვის, რომელსაც პერინატალური რეგიონალიზაციის დონე მიენიჭება 2017 წლის 1 ივლისის შემდეგ, ნებართვის დანართი – „სამეანო-ნეონატალური მომსახურება“ გაიცემა პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის განმსაზღვრელი შესაბამისი დოკუმენტის (მოწმობა) საფუძველზე, სხვა სათანადო დამატებითი სანებართვო პირობების დაკმაყოფილების შემდეგ.

8. ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება ვალდებულია, 2018 წლის 1 იანვრამდე თავისი საქმიანობა შესაბამისობაში მოიყვანოს ამ დანართით განსაზღვრულ პირობებთან და 2018 წლის 1 ივნისამდე მოიპოვოს ნებართვის დანართი – „ახალშობილთა ინტენსიური მოვლა“, გარდა ამ მუხლის მე-9 პუნქტით განსაზღვრული შემთხვევებისა.

9. ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის მიმწოდებელი იმ სტაციონარული დაწესებულებისათვის, რომელსაც პერინატალური რეგიონალიზაციის დონე მიენიჭება 2017 წლის 1 ივლისის შემდეგ, ნებართვის დანართი – „ახალშობილთა ინტენსიური მოვლა“ გაიცემა მამიებლის მიერ, ნებართვის გამცემ ადმინისტრაციულ ორგანოში შესაბამისი საქმიანობაზე ნებართვის გაცემის მოთხოვნის შესახებ განაცხადის წარდგენის საფუძველზე. ამ შემთხვევაში, ნებართვის გამცემი ადმინისტრაციული ორგანო ვალდებული არ არის, სანებართვო პირობებში მითითებული მონაცემების სისწორე შეამოწმოს უშუალოდ, ადგილზე დათვალიერებით.

10. „სამეანო-ნეონატალური მომსახურებისა“ და „ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის“ სანებართვო დანართის მამიებელი, რომელიც 2018 წლის 1 იანვრამდე ფლობდა სანებართვო დანართებს საქმიანობებისათვის – „ნეონატოლოგიური მომსახურება“/„სამეანო მომსახურება“/„რეანიმაციული მომსახურება“ (იმ შემთხვევაში, თუ ახორციელებდა მხოლოდ ახალშობილთა რეანიმაციულ სერვისს), ვალდებულია, ნებართვის გამცემ ადმინისტრაციულ ორგანოში შესაბამისი საქმიანობაზე ნებართვის გაცემის მოთხოვნის შესახებ განაცხადის წარდგენის შემთხვევაში, მიაწოდოს მას 2018 წლის 1 იანვრამდე გაცემული სანებართვო დანართები. ნებართვის გამცემი ადმინისტრაციული ორგანო უზრუნველყოფს სანებართვო რეესტრში სათანადო ცვლილების შეტანას.“.

2. დადგენილების №2¹ დანართით (სტაციონარული დაწესებულების სანებართვო პირობები) განსაზღვრული ცხრილის:

ა) „საერთო სანებართვო პირობების“:

ა.ა) მე-2 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„2	ფართობი პალატაში ერთ პაციენტზე – არანაკლებ 8 კვ.მ, პედიატრიული პაციენტებისათვის განკუთვნილ პალატაში – არანაკლებ 6 კვ.მ, მელოგინეთა პალატაში – ერთ მელოგინეზე არანაკლებ 11 კვ.მ, ხოლო ერთსაწოლიანი მელოგინის პალატის შემთხვევაში – 13 კვ.მ	პედიატრიული პაციენტისათვის განკუთვნილ პალატაში თავმდგმურის შემთხვევაში (საწოლი/სავარძელი თავდგმურისათვის) – 11 კვ.მ.“;
----	---	--

ა.ბ) მე-9 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„9	ფუნქციონირებადი ლიფტი (მ.შ., მწოლიარე ავადმყოფებისათვის) – პალატების, პაციენტთა	სამეანო-ნეონატალური სერვისის მიმწოდებლებისათვის –
----	---	---

	გამოკვლევისა და სამკურნალო განყოფილებების ორზე მეტ სართულზე განლაგების შემთხვევაში; პირობები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისათვის	ფუნქციონირებადი ლიფტი შესაბამისი სათავსების ერთზე მეტ სართულზე განლაგების შემთხვევაში.“;
--	--	--

ა.გ) მე-11 და მე-12 პუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„11	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პერსონალისა და პაციენტის პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშოები – თითოეულ სართულზე – არანაკლებ 2 სანიტარიული კვანძი, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)	სამეანო-ნეონატალური სერვისის შემთხვევაში, პაციენტთა სანიტარიულ კვანძთან დაკავშირებული მოთხოვნა განისაზღვრება დამატებითი სანებართვო პირობების ცხრილის XVI ნაწილით.“;
12	სავენტილაციო სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს საოპერაციო ბლოკში, სარეანიმაციო განყოფილებაში, ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის (NICU) განყოფილებაში, ბოქსირებულ პალატაში, ფთიზიატრიულ და ინფექციურ განყოფილებაში წნევათა სხვაობის ისეთ რეჟიმს, რომ არ მოხდეს ჰაერის გადადინება ნაკლებად სუფთა სათავსებიდან	

ა.დ) მე-18 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„18	უწყვეტი ელექტრომომარაგება; ელექტროენერგიის ავტონომიური წყარო გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისათვის (რეანიმაცია, ახალშობილთა ინტენსიური მოვლა (NICU), საოპერაციო, ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახები (ბლოკ-პალატები), ლიფტი, მიმღები, ლაბორატორია).“;	
-----	---	--

ა.ე) 21-ე პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„21	კლინიკური ტრანსფუზიოლოგიის სერვისის უზრუნველყოფა	ა) შესაძლებელია განხორციელდეს უშუალოდ ნებართვის მაძიებლის/მფლობელის მიერ ან/და ასეთი მომსახურების სხვა მიმწოდებელთან ხელშეკრულების საფუძველზე ისე, რომ იძლეოდეს სამედიცინო საქმიანობის დროული და ოპერატიული განხორციელების დასაბუთებას; ბ) სისხლი და სისხლის კომპონენტები უნდა ინახებოდეს ამ მიზნით გამოყოფილ მაცივარში (ვერტიკალურ მდგომარეობაში), რომელიც უზრუნველყოფს შენახვის ოპტიმალურ ტემპერატურულ რეჟიმს (4-6°C). პლაზმა
-----	--	--

		უნდა ინახებოდეს საყინულე კამერაში ან დაბალ ტემპერატურულ (- 20 – – 80 °C) სპეციალურ საყინულე-მაცივარში.“;
--	--	--

ა.ვ) 23-ე პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„23	რენტგენოლოგიური სერვისის უზრუნველყოფა	ა) არ მოეთხოვება ნარკოლოგიური, დერმატოლოგიური, ფსიქიატრიული, ოფთალმოლოგიური, გინეკოლოგიური საქმიანობების განმახორციელებელს; ბ) შესაძლებელია განხორციელდეს უშუალოდ ნებართვის მაძიებლის/მფლობელის მიერ ან/და ასეთი მომსახურების სხვა მიმწოდებელთან იმავე ფაქტობრივ მისამართზე ხელშეკრულების საფუძველზე ისე, რომ იძლეოდეს სამედიცინო საქმიანობის დროული და ოპერატიული განხორციელების დასაბუთებას; გ) ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის (NICU) სერვისის მიმწოდებელს მოეთხოვება საკუთარი მობილური რენტგენის აპარატი.“;
-----	---------------------------------------	---

ა.ზ) 26-ე პუნქტის შემდეგ დამატოს შემდეგი შინაარსის 26¹ პუნქტი:

„26 ¹	სტაციონარულ სერვისზე პასუხისმგებელი არ შეიძლება იყოს პირი, რომელიც რეგისტრირებულია სააგენტოს სამართალდამრღვევი სტაციონარულ სერვისზე პასუხისმგებელი პირ(ებ)ის რეესტრში	აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს 2017 წლის 1 ოქტომბრიდან.“;
------------------	---	--

ბ) ცხრილის – „დამატებითი სანებართვო პირობები“:

ბ.ა) IV ნაწილი (ნეონატოლოგიური მომსახურების შემთხვევაში, სტაციონარს დამატებით უნდა გააჩნდეს) ამოღებულ იქნეს;

ბ.ბ) VIII¹ (სამეანო მომსახურების შემთხვევაში, გინეკოლოგიური პროფილის მომსახურების პირობებთან (ამ დანართის VIII ნაწილი) ერთად, დამატებით მოეთხოვებათ) ნაწილი ამოღებულ იქნეს;

ბ.გ) IX (რეანიმაციული მომსახურების შემთხვევაში, სტაციონარს დამატებით უნდა გააჩნდეს) ნაწილის პირველი პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„1	სარეანიმაციო დარბაზი დაკვირვების ავტომატური სისტემით, ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების (კულსისა და სუნთქვის სიხშირე, რითმი, არტერიული წნევა) უწყვეტი მონიტორინგისათვის, რეანიმაციული საწოლები, რომელთა რაოდენობა არ უნდა იყოს სტაციონარული დაწესებულების საწოლთა საერთო რაოდენობის 1/3-ზე მეტი	შერეული (ბავშვთა და მოზრდილთა) სერვისების შემთხვევაში, - ბავშვებისათვის ცალკე სარეანიმაციო დარბაზი; ახალშობილთათვის შესაბამისი სერვისის მიწოდება წარმოებს ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის (NICU) ფარგლებში; დაწესებულების საწოლთა ფონდთან დაკავშირებული შეზღუდვა არ ვრცელდება ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისზე.“;
----	--	---

ბ.დ) XV⁵ ნაწილის შემდეგ დამატოს შემდეგი შინაარსის XVI (სამეანო-ნეონატალური მომსახურების შემთხვევაში,

სტაციონარს დამატებით უნდა გააჩნდეს) და XVII (ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის (NICU) შემთხვევაში, სტაციონარს დამატებით უნდა გააჩნდეს) ნაწილები:

„XVI	სამეანო-ნეონატალური მომსახურების შემთხვევაში, სტაციონარს დამატებით უნდა გააჩნდეს	
1	პერინატალური რეგიონალიზაციის დონე (I, II ან III)	დონის მინიჭების დამადასტურებელი სერტიფიკატი, გაცემული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი უფლებამოსილი ორგანოს მიერ
2	სხვა სერვისების მიმწოდებელი განყოფილებებისაგან დამოუკიდებელი მიმღები	ა) სხვა განყოფილებების მიმღებისაგან დამოუკიდებელი მიმღები შესაბამისი სივრცეებით (მათ შორის, გასასინჯი, სანიტარიული კვანძი – საპირფარეშო ხელსაბანითა და საშხაპით), რომელიც უშუალოდ უკავშირდება სამეანო-ნეონატალური სერვისის შემადგენლობაში არსებულ სხვა სათავსებს (მ.შ. ლიფტისა და კიბის საშუალებით – იმ შემთხვევაში, როცა სამეანო-ნეონატალური სერვისის მიმწოდებელი სხვა ერთეულები და სამეანო მიმღები განთავსებულია სხვადასხვა სართულზე); ბ) თუ სამეანო-ნეონატალური მიმღები განლაგებულია შენობის მე-2 და უფრო მაღალ სართულზე, დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს პაციენტის ლიფტი (მიმღებ განყოფილებამდე პაციენტის უსაფრთხო გადაადგილების უზრუნველსაყოფად)
3	პალატა ორსულთა პათოლოგიის მართვისთვის	მოეთხოვებათ სპეციალიზებული მოვლის (II) და სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის სერვისის მიმწოდებელ სუბიექტებს
4	ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახი (ბლოკ-პალატა), რომელიც აკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს:	სამშობიარო ოთახის (ბლოკ-პალატის) დაგეგმარება უნდა უზრუნველყოფდეს მშობიარობის სამივე პერიოდის მართვასა და მშობიარობის შემდგომ (2 საათი) დედისა და ახალშობილის გარემოსთან ადაპტაციას. ის უნდა იყოს ინდივიდუალური (ერთ მშობიარეზე გათვლილი), იზოლირებული და მისი აღჭურვილობა იძლეოდეს როგორც ფიზიოლოგიური, ისე გართულებული მშობიარობის მართვისა და საჭიროების შემთხვევაში, ახალშობილისა და დედისათვის გადაუდებელი რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარების შესაძლებლობას

4.1	ფართობი არის არანაკლებ 27 მ ²	აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს შესაბამისი სანებართვო დანართის მაძიებელთათვის; ხოლო სერვისის იმ მიმწოდებლებისათვის, რომლებსაც შესაბამისი სანებართვო დანართი უკვე მოპოვებული აქვთ, ფართობი განისაზღვრება 18 მ²-ით 2020 წლის 1 იანვრამდე; 2020 წლის 1 იანვრიდან აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს ყველა შესაბამისი სერვისის მიმწოდებლისათვის. ამასთან 27 მ²-დან არანაკლებ 20 მ² უნდა მოდიოდეს საკუთრივ პალატის (სანიტარიული კვანძის გარდა) ფართობზე
4.2	პალატაში გამოყოფილია სივრცეები დედისა და ახალშობილისთვის	აუცილებელ მოთხოვნას არ წარმოადგენს იზოლირებული სივრცეების არსებობა. იზოლირებული სივრცეების არარსებობისას დაცული უნდა იქნეს სივრცობრივი ზონირება
4.3	სპეციალური ტრანსფორმირებადი საწოლი მშობიარისათვის	საწოლს უნდა ჰქონდეს სამმხრივი მიდგომის შესაძლებლობა და ამასთან უნდა იძლეოდეს მშობიარობისას ინსტრუმენტული ჩარევის (მაგ.: ვაკუუმექსტრაქცია, მაშები) საშუალებას
4.4	ჟანგბადის წყარო დედისთვის	
4.5	სულ მცირე, თითო ჟანგბადისა (ფლოუმეტრით) და ჰაერის წყარო ახალშობილისთვის	
4.6	რეგულირებადი განათების წყარო ადეკვატური განათებულობის უზრუნველსაყოფად	განათება საკმარისია პაციენტის გამოსაკვლევად
4.7	ხელსაბანი ნიჟარა პერსონალისათვის, რომელიც აღჭურვილია თხევადი საპნის დისპენსერითა და ერთჯერადი ხელსასახოცით	

4.8	სანიტარიული კვანძი დედისთვის	სანიტარიული კვანძი – საპირფარეშო ხელსაბანითა და საშხაპით; აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს შესაბამისი სანებართვო დანართის მაძიებელთათვის; ხოლო სერვისის იმ მიმწოდებლებისათვის, რომლებსაც შესაბამისი სანებართვო დანართი უკვე მოპოვებული აქვთ, შესაძლებელია 2 მოსაზღვრე/მიმდებარე სამშობიარო ოთახზე (ბლოკ- პალატაზე) არსებობდეს მათ მომიჯნავედ/მიმდებარედ განთავსებული ერთი სანიტარიული კვანძი 2020 წლის 1 იანვრამდე; 2020 წლის 1 იანვრიდან აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს ყველა შესაბამისი სერვისის მიმწოდებლისათვის
4.9	6 ერთიანი ან 3 ორიანი (დუპლექსი) ელექტრული როზეტი დედის სივრცისა და 6 ერთიანი ან 3 ორიანი (დუპლექსი) ელექტრული როზეტი – ახალშობილის სივრცისთვის	
4.10	ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით	სამმხრივი მიდგომის შესაძლებლობით
5	ახალშობილთა მოვლის პალატა, რომელიც აკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს:	ა) გათვალისწინებულია ახალშობილების მოვლასთან დაკავშირებული ღონისძიებებისათვის; ბ) სპეციალიზებული მოვლის (II) დონის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტებისათვის შესაძლებელია ახალშობილთა მოვლის ოთახისა და ახალშობილთა სპეციალური მოვლის სერვისის ინტეგრირება, შესაბამისი (მე-9 პუნქტითა და აღნიშნული პუნქტით განსაზღვრული) მოთხოვნების დაცვით. ამ შემთხვევაში, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს სივრცობრივი ზონირება (ზონირება – ნიშით, შირმით, თეჯირით)

5.1	აღჭურვილია ახალშობილის საწოლებით	
5.2	არის რეგულირებადი განათების წყარო, რომელიც უზრუნველყოფს ადეკვატურ განათებულობას	განათება საკმარისია პაციენტის გამოსაკვლევად (მ.შ. იძლევა ციანოზისა და სიყვითლის გამოვლენის საშუალებას)
5.3	აღჭურვილია სათანადო გათბობისა და კონდიციონერების სისტემებით, რაც იძლევა სტაბილური ტემპერატურული რეჟიმის – 22–26 °C-ის უზრუნველყოფის შესაძლებლობას	აღჭურვილია თერმომეტრით
5.4	ტენიანობა არის 30-60%, (რეგულირებადი მუდმივ რეჟიმში)	აღჭურვილია სათანადო საზომი ხელსაწყოთი
5.5	არის სველი წერტილი (ნიჟარა)	თითოეული ნეონატალური მოვლის პალატაზე/სივრცეზე არანაკლებ ერთი
5.6	არის სამარაგო სივრცე (მ.შ. კარადა/თარო) ახალშობილებისათვის საჭირო მასალის/ნივთების შესანახად	სამარაგო სივრცე უნდა იძლეოდეს, სულ მცირე, ერთი დღის მარაგის შენახვის შესაძლებლობას
5.7	არის ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით	სამმხრივი მიდგომის შესაძლებლობით
6	მელოგინის პალატა/პალატები, რომელიც აკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს:	მელოგინის პალატად შეიძლება ჩაითვალოს სამშობიარო ოთახიც (ბლოკ-პალატა), გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მშობიარობა/მშობიარობის შემდგომი მოვლა ხორციელდება/გრძელდება მხოლოდ სამშობიარო ოთახის (ბლოკ-პალატის) ფარგლებში, რომელიც აკმაყოფილებს შესაბამის მოთხოვნებს; პალატაში მელოგინეთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 3 მელოგინეს
6.1	ახალშობილთა საწოლი	თითოეულ მელოგინეთა პალატაში განლაგებულია იმავე რაოდენობის ახალშობილთა საწოლი, რამდენიცაა მელოგინეთა საწოლი; ასევე ტყუპი ახალშობილის შემთხვევაში, შესაძლებელი უნდა იყოს დამატებითი საწოლ(ებ)ის დადგმა
6.2	ყველა პალატას აქვს ინდივიდუალური სანიტარიული კვანძი დედისთვის	სანიტარიული კვანძი – საპირფარეშო ხელსაბანითა და საშხაპით; აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს შესაბამისი სანებართვო დანართის მამიებელთათვის, ხოლო იმ დაწესებულებებისთვის, რომლებიც უკვე ფლობენ შესაბამის დანართს – აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს 2020 წლის 1 იანვრიდან; 2020 წლის 1 იანვრიდან აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს ყველა შესაბამისი სერვისის მიმწოდებლისათვის
7	იმუნიზაციის ოთახი ცივი ჯაჭვის უზრუნველყოფით	მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად

8	სამეანო-საოპერაციო, რომელიც აკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს:	მოეთხოვებათ მხოლოდ სპეციალიზებული მოვლის (II) და სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტებისათვის
8.1	უზრუნველყოფილია სამედიცინო დანიშნულების აირების მიწოდების უსაფრთხო ქსელით და დაგეგმილი განათებით	
8.2	საოპერაციო მაგიდა	
8.3	აღჭურვილია საანესთეზიო მოწყობილობით, რომელიც იძლევა სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი პარამეტრების მონიტორინგის საშუალებას (არტერიული წნევა არაინვაზიური მეთოდით გაზომვის უზრუნველყოფა, ელექტროკარდიოგრაფია, თერმომეტრია, პულსოქსიმეტრია, პლატიზმოგრამა, კაპნომეტრია, საანესთეზიო აგენტის გაზომვითი)	
8.4	არის ადეკვატური კონდიციონერებისა და ჰაერის ცვლის შესაძლებლობა	
8.5	უზრუნველყოფილია სტაბილური ტემპერატურული რეჟიმი (18-22 ⁰)	საოპერაციო აღჭურვილია სათანადო საზომი ხელსაწყოთი
8.6	უზრუნველყოფილია სტაბილური ტენიანობა (35-70%)	საოპერაციო აღჭურვილია სათანადო საზომი ხელსაწყოთი
8.7	ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით	სამმხრივი მიდგომის შესაძლებლობით
9	ახალშობილთა სპეციალური მოვლის სერვისი (პალატა/განყოფილება), რომელიც აკმაყოფილებს შემდეგ დამატებით მოთხოვნებს:	ა) მხოლოდ სპეციალიზებული მოვლის (II) დონის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტებისათვის; ბ) შესაძლებელია ნეონატალური პალატისა და ახალშობილთა სპეციალური მოვლის სერვისის ინტეგრირება, შესაბამისი (ამ ნაწილის მე-3 პუნქტით განსაზღვრული) მოთხოვნების დაცვით
9.1	სათავსის დაგეგმარება იძლევა პერსონალის მიერ ახალშობილების დაკვირვებისა და მათთან მიდგომის საშუალებას. ფართობი ერთ ინკუბატორზე/ახალშობილის საწოლზე გადანაგარიშებით უნდა იყოს არანაკლებ 4.5 მ ²	
10	ინტენსიური მოვლის პალატა დედებისთვის, რომელიც, ასევე იძლევა პოსტოპერაციული პაციენტის მოვლის საშუალებას	აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს სპეციალიზებული მოვლის (II) და სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტებისათვის
11	ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისი (NICU)	მოეთხოვებათ სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის სერვისის მიმწოდებელ სუბიექტებს
12	„რეანიმაციული“ სერვისის უზრუნველყოფა	აუცილებელ მოთხოვნას წარმოადგენს სუბსპეციალიზებული მოვლის (III) დონის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტებისათვის; კლინიკას უნდა ჰქონდეს ზოგადი რეანიმაციული განყოფილება

13	ზედაპირები (მ.შ. იატაკის, კედლების, ოთახში განთავსებული ინვენტარის ზედაპირები) ექვემდებარება რეცხვასა და დამუშავებას	
14	ახორციელებს მხოლოდ პერინატალური რეგიონალიზაციის დონის შესაბამის სერვისს	გარდა კანონმდებლობით განსაზღვრული გამონაკლისებისა

XVII	ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის (NICU) შემთხვევაში, სტაციონარს დამატებით უნდა გააჩნდეს:	ამ დადგენილების ამოქმედების შემდეგ აღნიშნული სერვისის მიწოდება შესაძლებელია: ა) პერინატალურ ცენტრში, რომელიც წარმოადგენს მრავალპროფილიანი სტაციონარის (ქვეტიპი „AC“) ან რეფერალური მრავალპროფილიანი სტაციონარის (ქვეტიპი „AD“) („სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის №01-9/ნ ბრძანება) ნაწილს. ამასთან აღნიშნული სტაციონარის საწოლფონდი უნდა იყოს 150 ან მეტი. ამ საწოლფონდის 1/5-ს ან მეტს უნდა შეადგენდეს სამედიცინო საწოლები. ცენტრი უზრუნველყოფს ორსულობისა და მშობიარობის მიმდევარტულებების ინტერდისციპლინური მართვისათვის მაღალსპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას. პერინატალური ცენტრი ახორციელებს სამედიცინო და ნეონატალურ მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ისე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში, ასევე რეფერირებული პაციენტების მართვას. აღნიშნული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებს უნდა გააჩნდეთ ახალშობილთა ინტენსიური მართვის (NICU) ერთეული (განყოფილება, დეპარტამენტი და ა.შ.), ინტენსიური მოვლისა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვის ერთეული (განყოფილება, დეპარტამენტი და ა.შ.) დედებისათვის და მძლავრი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები, ასევე თერაპიული და ქირურგიული პროფილის სპეციალისტებზე ხელმისაწვდომობა; ბ) პედიატრიულ მრავალპროფილიან სტაციონარებსა (ქვეტიპი „AC1“) და პედიატრიულ რეფერალურ მრავალპროფილიან სტაციონარებში (ქვეტიპი „AD1“) („სამედიცინო დაწესებულებების კლასიფიკაციის განსაზღვრის თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
------	--	---

		მინისტრის 2016 წლის 4 მარტის №01-9/ნ ბრძანება), რომლებსაც გააჩნიათ ახალშობილთა ინტენსიური მართვის (NICU) ერთეული (განყოფილება, დეპარტამენტი და ა.შ.) და ახორციელებენ ინტენსიური/კრიტიკული ნეონატალური სერვისის მიწოდებას, მათ შორის, რეფერირებული პაციენტების შემთხვევაში. ამ დონეზე უნდა განხორციელდეს ყველა იმ ახალშობილის სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც ესაჭიროება ინტენსიური/კრიტიკული მოვლა ან აქვს ძალზე მცირე მასა (<1500 გ) და/ან დაბალი გესტაციური ასაკი (<34 კვირა); გ) ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის (NICU) მიმწოდებელ სპეციალიზებულ სტაციონარში, რომელსაც სტაციონარული დაწესებულების ნებართვა (სანებართვო დანართით) მოპოვებული აქვს ამ დადგენილების ამოქმედებამდე. ამ დაწესებულებებში უნდა განხორციელდეს ყველა იმ ახალშობილის სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც ესაჭიროება ინტენსიური/კრიტიკული მოვლა ან აქვს ძალზე მცირე მასა (<1500 გ) და/ან დაბალი გესტაციური ასაკი (<34 კვირა)
1	სივრცეები ინტენსიური მოვლის, შუალედური მოვლისა და გახანგრძლივებული მოვლის დონის შესაბამისი სერვისების მიწოდებისათვის	ინტენსიური მოვლის, შუალედური მოვლისა და გახანგრძლივებული მოვლის დონის შესაბამისი სერვისებისათვის განიხილება როგორც იზოლირებული სივრცეების (დამოუკიდებელი დარბაზი) არსებობა, ასევე ინტენსიური და შუალედური მოვლის სერვისებისათვის ერთიანი სივრცის (დარბაზის) არსებობა. ამ შემთხვევაში, გახანგრძლივებული მოვლის სერვისის მიწოდება უნდა განხორციელდეს იზოლირებულ სივრცეში (დარბაზი)
2	ფართობი ერთ საწოლზე გაანგარიშებით არანაკლებ 6 მ ² , ხოლო საწოლებს შორის დაშორება – არანაკლებ 1.2 მ	არსებული სივრცობრივი დაგეგმარება უნდა იძლეოდეს დედის განთავსების (მაგალითად, სავარძელი) საშუალებას
3	არანაკლებ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლი	ინტენსიური მოვლის საწოლების რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს როგორც შუალედური, ასევე გახანგრძლივებული მოვლის საწოლების რაოდენობას (ინტენსიური მოვლის საწოლების რაოდენობა უნდა იყოს ყველაზე მცირე)
4	არანაკლებ 6 შუალედური მოვლის საწოლი	შუალედური მოვლის საწოლების რაოდენობა შეიძლება აღემატებოდეს ინტენსიური მოვლის საწოლების რაოდენობას, მაგრამ არ უნდა იყოს გახანგრძლივებული მოვლის საწოლებზე მეტი
5	არანაკლებ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლი	
6	ინტენსიური მოვლისა და შუალედური მოვლის თითოეული საწოლი აღჭურვილ უნდა იქნეს, სულ	ყოველ შემდგომ ინტენსიური მოვლის/შუალედური მოვლის საწოლზე ემატება

	მცირე, 1 პანელით: უარყოფითი წნევის 2 პორტი (ან 2 ელექტროამომქაჩი), 2 ჟანგბადის წყარო ფლოუმეტრით, 2 შექმუხნული ჰაერი, 8 დენის წყაროს მიმღები, მონიტორისა და ტუმბოს სამაგრი (საკიდით ან სადგამით)	1 პანელი
7	გახანგრძლივებული მოვლის ყველა საწოლი აღჭურვილ უნდა იქნეს, სულ მცირე, 1 პანელით: 1 ჟანგბადის წყარო ფლოუმეტრით და 4 დენის წყაროს მიმღები	ყოველი შემდგომი გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე ემატება 1 პანელი
8	ელექტროამომქაჩი ან უარყოფითი წნევის პორტი	სულ მცირე, 2 ელექტროამომქაჩი ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე. ყოველ შემდგომ ≤ 3 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე ემატება 1 ელექტროამომქაჩი
9	ინკუბატორი 6 პორტით ინტენსიური თერაპიის ორმაგი კედლით, რენტგენის ფირის ჩასადებით, ტემპერატურის სერვოკონტროლით, რეგულირებადი ტენიანობით, დახრის რეგულირებით	აღნიშნული პარამეტრების მქონე არანაკლებ 2 ინკუბატორი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი შესაბამისი ინკუბატორი)
10	სტანდარტული ინკუბატორი 6 პორტით	ა) სულ მცირე, 4 სტანდარტული ინკუბატორი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე; ბ) ყოველ შემდგომ დამატებით ინტენსიური მოვლის საწოლზე ორმაგკედლიანი და სტანდარტული ინკუბატორი ემატება შემდეგი პრინციპით: - დამატებით 1 საწოლზე - 1 ორმაგკედლიანი ინკუბატორი; - დამატებით 2 საწოლზე - 1 ორმაგკედლიანი და 1 სტანდარტული ინკუბატორი; - დამატებით 3 საწოლზე - 1 ორმაგკედლიანი და 2 სტანდარტული ინკუბატორი; - დამატებით 4 საწოლზე - 2 ორმაგკედლიანი და 2 სტანდარტული ინკუბატორი; - დამატებით 5 საწოლზე - 2 ორმაგკედლიანი და 3 სტანდარტული ინკუბატორი; - დამატებით 6 საწოლზე -

		2 ორმაგკედლიანი და 4 სტანდარტული ინკუბატორი და ა.შ.; გ) სულ მცირე, 6 სტანდარტული ინკუბატორი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი შესაბამისი ინკუბატორი); დ) სულ მცირე, 1 სტანდარტული ინკუბატორი გახანგრძლივებული მოვლის სივრცეზე (დარბაზზე)
11	ღია რეანიმაციული სისტემა /საწოლი/ ტემპერატურის სერვოკონტროლით	ა) სულ მცირე, 2 ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ღია რეანიმაციული სისტემა /საწოლი/ ტემპერატურის სერვოკონტროლით); ბ) სულ მცირე, 1 ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ღია რეანიმაციული სისტემა /საწოლი/ ტემპერატურის სერვოკონტროლით); გ) სულ მცირე, 1 გახანგრძლივებული მოვლის სივრცეზე (დარბაზზე)
12	ნეონატალური მონიტორი (T; P; T/A; RR ინვაზიური და არაინვაზიური; SP02)	ა) სულ მცირე, 6 ნეონატალური მონიტორი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე, მათგან მინიმუმ 2 წნევის ინვაზიური მონიტორინგისათვის (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი ნეონატალური მონიტორი, მათგან ≤ 3 საწოლზე, სულ მცირე, 1 წნევის ინვაზიური მონიტორინგისათვის); ბ) სულ მცირე, 6 ნეონატალური მონიტორი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი ნეონატალური მონიტორი); არ არის საჭირო წნევის ინვაზიური მონიტორინგი; გ) სულ მცირე, 2 ნეონატალური მონიტორი ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით ერთი ნეონატალური მონიტორი); არ არის საჭირო წნევის ინვაზიური მონიტორინგი
13	ნეონატალური მართვითი სუნთქვის აპარატი	ა) სულ მცირე, 4 სუნთქვის აპარატი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე, მათ შორის, 1 სასურველია იყოს მაღალსიხშირიანი ოსცილაციის ოფციით (ყოველ შემდგომ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე – 2 სუნთქვის აპარატი. ყოველ შემდგომ ≤ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე 1 სუნთქვის აპარატს

		სასურველია ჰქონდეს მაღალსიხშირიანი ოსცილაციის ოფცია); ბ) დამატებით ყველა კლინიკას მოეთხოვება 1 სარეზერვო ხელოვნური სუნთქვის აპარატი
14	NCPAP აპარატი	სულ მცირე, 2 NCPAP აპარატი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 ინტენსიური მოვლის საწოლზე 1 NCPAP აპარატი)
15	ჰაერ-ჟანგბადის დამატენიანებელი	გამათბობელი და ჟანგბადის გამათბობელი და დამატენიანებელი); ბ) სულ მცირე, 3 – ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 2 შუალედური მოვლის საწოლზე 1 ჰაერ-ჟანგბადის გამათბობელი და დამატენიანებელი)
16	ჰაერ-ჟანგბადის შემრევი	ა) სულ მცირე, 6 შემრევი – ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე 1 ჰაერ-ჟანგბადის შემრევი); ბ) სულ მცირე, 2 შემრევი – ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 შუალედური მოვლის საწოლზე 1 ჰაერ-ჟანგბადის შემრევი)
17	ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით	ა) სულ მცირე, 6 ტომარა ნიღბებით – ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით); ბ) სულ მცირე, 2 ტომარა ნიღბებით – ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით); გ) სულ მცირე, 1 ტომარა ნიღბებით – ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ნეონატალური ამბუს ტომარა შესაბამისი ზომის ნიღბებით)
18	ელექტროსასწორი	ერთი თითოეული იზოლირებული სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში
19	1 სინათლის წყარო	მობილური; ერთი ინტენსიური მოვლის განყოფილების (NICU) ფარგლებში
20	სატურომეტრი	სულ მცირე, 1 თითოეული დონის (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები) ფარგლებში
21	ნეგატოსკოპი	ერთი სერვისის ფარგლებში ინტენსიური მოვლის განყოფილების (NICU) ფარგლებში
22	გადაუდებელი დახმარების მაგიდა	სულ მცირე, 1 თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის

		სერვისები)
23	ნეონატალური ლარინგოსკოპი (ყველა ზომის სოლებით) თითოეული გადაუდებელი დახმარების მაგიდაში	
24	მაცივარი მედიკამენტებისათვის	სულ მცირე, 1 თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები)
25	მაცივარი ბავშვთა კვებისათვის	ა) სულ მცირე, 1 თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები); ბ) ბავშვთა კვების ოთახის არსებობისას საკმარისია 1 მაცივარი ბავშვთა კვების ოთახში
26	სტერილიზატორი ახალშობილთა კვებისათვის განკუთვნილი ბოთლებისათვის	მოეთხოვება, სულ მცირე, 2 ინტენსიური მოვლის განყოფილების (NICU) ფარგლებში
27	ფოტოთერაპიის აპარატი	ა) სულ მცირე, 1 აპარატი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 აპარატი); ბ) სულ მცირე, 1 აპარატი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 აპარატი); გ) სულ მცირე, 1 აპარატი გახანგრძლივებული მოვლის სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში
28	გლუკომეტრი	სულ მცირე, ერთი თითოეულ დონეზე (ინტენსიური, შუალედური და გახანგრძლივებული მოვლის სერვისები)
29	მობილური რენტგენის აპარატი	სტაციონარში ასეთი აპარატის არსებობისას ცალკე აპარატის არსებობა აუცილებელი არ არის
30	ულტრასონოგრაფიის აპარატი (ნეიროსონოსკოპიისა და ექოკარდიოგრაფიის მიმღებით/გადამწოდით)	სტაციონარში ასეთი აპარატის არსებობისას ცალკე აპარატის არსებობა აუცილებელი არ არის
31	ხელების სადეზინფექციო ხსნარის (უალკოჰოლო) დისპენსერი	სულ მცირე, ერთი თითოეული იზოლირებული სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში; ფუნქციონირებადი და შევსებული
32	ერთჯერადი ხელსახოცის დისპენსერი	სულ მცირე, ერთი თითოეული იზოლირებული სივრცის (დარბაზის) ფარგლებში ფუნქციონირებადი და შევსებული
33	სტეტოსკოპი	ყველა ახალშობილთან
34	ინფუზომატი (მოცულობითი)	ა) სულ მცირე, 6 ინფუზომატი ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ინფუზომატი); ბ) სულ მცირე, 2 ინფუზომატი ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ინფუზომატი)

35	შპრიცის ტუმბო (პამპი)	ა) სულ მცირე, 12 შპრიცის ტუმბო (პამპი) ყოველ 6 ინტენსიური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ დამატებით 1 ინტენსიური მოვლის საწოლზე დამატებით 2 შპრიცის ტუმბო (პამპი)); ბ) სულ მცირე, 6 შპრიცის ტუმბო (პამპი) ყოველ 6 შუალედური მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ დამატებით 1 შუალედური მოვლის საწოლზე დამატებით 1 შპრიცის ტუმბო (პამპი)); გ) სულ მცირე, 2 შპრიცის ტუმბო (პამპი) ყოველ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე (ყოველ შემდგომ ≤ 3 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 შპრიცის ტუმბო (პამპი))
36	ექიმ-სპეციალისტთა პანელი: ბავშვთა კარდიოლოგ-რევმატოლოგი, ბავშვთა ქირურგი, ბავშვთა ნევროლოგი, ბავშვთა პედატოლოგ-ტრანსფუზიოლოგი, ბავშვთა ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, ბავშვთა ფთიზიატრი-პულმონოლოგი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი, ბავშვთა ნეფროლოგი, ნეიროქირურგი, ბავშვთა უროლოგი, რადიოლოგი	უზრუნველყოფილია 24/7 ხელმისაწვდომობა ადგილზე ან გამოძახებით
37	ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის 6 საწოლზე 3 ექთანი	ა) 1 ექთანი: 2 ახალშობილი მართვით სუნთქვაზე, 1 ექთანი: 3 ახალშობილი არამართვით სუნთქვაზე; ბ) ყოველ შემდგომ ≤ 2 მართვით სუნთქვაზე მყოფ ახალშობილზე დამატებით 1 ექთანი; ყოველ შემდგომ ≤ 3 ახალშობილზე არამართვით სუნთქვაზე დამატებით 1 ექთანი
38	ახალშობილთა შუალედური მოვლის 4 საწოლზე – 1 ექთანი	ყოველ შემდგომ ≤ 4 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ექთანი
39	ახალშობილთა გახანგრძლივებული მოვლის 6 საწოლზე - 1 ექთანი	ყოველ შემდგომ ≤ 6 გახანგრძლივებული მოვლის საწოლზე დამატებით 1 ექთანი.“.

მუხლი 2

დადგენილება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

პრემიერ-მინისტრი

გიორგი კვირიკაშვილი

საქართველოს მთავრობის

დადგენილება №343

2015 წლის 10 ივლისი

ქ. თბილისი

7. „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ

„ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში (სსმ, №155, 29/11/2010) შეტანილ იქნეს ცვლილება და დადგენილებით დამტკიცებული „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის“:

1. მე-3 მუხლს დაემატოს შემდეგი შინაარსის „ლ“ ქვეპუნქტი:

„ლ) იმუნიზაცია (2015 წლის 1 ოქტომბრიდან).“.

2. მე-13 მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 13. ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნები განისაზღვრება შემდეგი სახით:

	საერთო მოთხოვნები	შენიშვნა
1	ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშო, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)	ინფრასტრუქტურის მიმართ მოთხოვნები აუცილებელ პირობას არ წარმოადგენს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების იმ მიმწოდებლებისათვის, რომლებიც იმუნიზაციის სერვისს აწვდიან სოფლის მოსახლეობას.
2	სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა	აუცილებელ პირობას არ წარმოადგენს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების იმ მიმწოდებლებისათვის, რომლებიც იმუნიზაციის სერვისს აწვდიან სოფლის მოსახლეობას.
3	დაწესებულების ეზო უნდა იყოს სუფთა და თავისუფალი ნარჩენებისგან	ეზოს არსებობის შემთხვევაში. საერთო სარგებლობაში/საკუთრებაში არსებული ეზოს სისუფთავის უზრუნველყოფა, ამ ტერიტორიაზე განთავსებული, ამ დადგენილებით გათვალისწინებული შეტყობინების წარმდგენი თითოეული სუბიექტის ვალდებულებაა. აუცილებელ პირობას არ წარმოადგენს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების იმ მიმწოდებლებისათვის, რომლებიც იმუნიზაციის სერვისს აწვდიან სოფლის მოსახლეობას.
4	დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და აღრიცხვით	

	უზრუნველყოფა დადგენილი წესის შესაბამისად	
5	პირობები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისათვის	სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო პირობას წარმოადგენს 2014 წლის 1 მაისიდან. აუცილებელ პირობას არ წარმოადგენს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების იმ მიმწოდებლებისათვის, რომლებიც იმუნიზაციის სერვისს აწვდიან სოფლის მოსახლეობას.
6	სამედიცინო და სტატისტიკური დოკუმენტაციის წარმოება კანონმდებლობით დადგენილი წესით	
7	სამედიცინო პერსონალი, რომელთა სერტიფიკატი/კვალიფიკაცია აკმაყოფილებს კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს	
8	სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტთათვის თვალსაჩინო ადგილას განთავსებული ან ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ინფორმაცია, ამ დაწესებულების მიერ მიწოდებული სერვისების სახელმწიფო და მუნიციპალური (მ.შ. სადაზღვევო) პროგრამებით დაფარვის შესახებ	
	სამეანო-გინეკოლოგიური ამბულატორიული სერვისის შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
1	გინეკოლოგიური სავარძელი	
2	აღჭურვილობა და ხელსაწყოები ორსულთა პატრონაჟის განსახორციელებლად	
	ფთიზიატრიული ამბულატორიული სერვისის შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
1	ფთიზიატრიული მომსახურების კაბინეტი განთავსებული უნდა იყოს სხვა კაბინეტებისაგან იზოლირებულად	
2	პაციენტების მოსაცდელი დერეფნები და ექიმების კაბინეტები აღჭურვილი უნდა იყოს ვენტილაციით (რომელიც უზრუნველყოფს უარყოფით წნევას)	
	რენტგენო-რადიოლოგიური ამბულატორიული სერვისის შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
	რენტგენის კაბინეტის საპროცედუროები, სხივური თერაპიისა და აგრეთვე, რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკის ლაბორატორიები, სადაც განთავსებულია მაიონებელი გამოსხივების წყაროები, არ შეიძლება განთავსებული იყოს ორსულთა პატრონაჟისა და პედიატრიული კაბინეტების მომიჯნავედ	საქ საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს მიერ გაცემული ბირთვული და რადიაციული საქმიანობის ლიცენზია.
	ინფექციური ამბულატორიული სერვისის შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
1	შესაბამისი კაბინეტი აღჭურვილი იყოს ვენტილაციით (რომელიც უზრუნველყოფს უარყოფით წნევას)	
2	თხევადი ინფექციური ნარჩენების გაუვნებელყოფის უზრუნველყოფა	
	ქირურგიული სერვისის შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
1	საოპერაციო დარბაზში მიკროორგანიზმებისა და ვირუსების არანაკლებ 95%-ის ინაქტივაციის უზრუნველყოფა	
2	უწყვეტი წყლითა და ელექტრომომარაგებით უზრუნველყოფა	
	გადუდებული სამედიცინო დახმარების საქმიანობის (EMERGENCY) შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
1	საოპერაციო მცირე ოპერაციებისა და ინვაზიური ჩარევებისათვის	

2	დაკვირვების ავტომატური სისტემა ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების (პულსისა და სუნთქვის სიხშირე, რიტმი, არტერიული წნევა) უწყვეტი მონიტორინგისათვის	
3	შემდეგი მოწყობილობები რეანიმაციისათვის: სარეანიმაციო საწოლი, ხელოვნური სუნთქვის აპარატი, ჟანგბადის წყარო, ლარინგოსკოპი და ენდოტრაქეალური მილები ყველა ასაკისათვის, დეფიბრილატორი	
4	პაციენტთა დროებითი დაყოვნების პალატა/დარბაზი	ერთ საწოლზე არანაკლებ 6მ ² ფართობით.
5	პრეჰოსპიტალური სერვისის უზრუნველყოფა ან/და რეფერალურ ქსელში ჩართულობის გეგმა	
6	უწყვეტი წყლითა და ელექტრომომარაგებით უზრუნველყოფა	
	სტომატოლოგიური საქმიანობის/მომსახურების შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
	სტომატოლოგიური კაბინეტისათვის ფართობი უნდა შეადგენდეს ძირითად სტომატოლოგიურ სავარძელზე - არანაკლებ 12 მ ² -ს და ყოველ დამატებით სავარძელზე - არანაკლებ 6 მ ² -ს	სავალდებულო მოთხოვნას წარმოადგენს 2014 წლის 1 მაისიდან. სტომატოლოგიური კაბინეტის ფართობი - იზოლირებული სამუშაო სივრცის ფართობი, სადაც უშუალოდ განლაგებულია სტომატოლოგიური სავარძელი/სავარძლები.
	იმუნიზაციის სერვისის შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია	
1	იმუნიზაციის (ამცრელი) კაბინეტი, რომელიც აკმაყოფილებს კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს	„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების იმ მიმწოდებლებს, რომლებიც იმუნიზაციის სერვისს აწვდიან სოფლის მოსახლეობას, აღნიშნული სერვისის მიწოდების მიზნით, შეუძლიათ მათ სარგებლობაში არსებული ფართის გამოყენება.
2	პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული ვაქცინაციის სერვისის მიწოდების უზრუნველყოფა.“	

მუხლი 2

იმუნიზაციის საქმიანობის მიმწოდებლებმა, 2015 წლის 1 ოქტომბრამდე, უზრუნველყონ შესაბამისი ღონისძიებები, და მუხლით დამტკიცებული ტექნიკური რეგლამენტით გათვალისწინებულ მოთხოვნებთან და სსიპ – სამედიცინო სერვისების სააგენტოს შეტყობინება, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების დაწყების შესახებ.

მუხლი 3

დადგენილება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

პრემიერ-მინისტრი

ირაკლი ღარიბაშვილი

8. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ

საქართველოს კანონი

პაციენტის უფლებების შესახებ

თავი I. ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1 ამ კანონის მიზანია მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა.

მუხლი 2 ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებებსა და კეთილდღეობას მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით უპირატესი მნიშვნელობა აქვს.

მუხლი 3 საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებების შესახებ შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის, ამ კანონისა და სხვა ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 4

კანონში გამოყენებულ ტერმინებს (თუ არ არის განსაკუთრებული მითითება) აქვთ შემდეგი მნიშვნელობა:

- ა) გენომი – ქრომოსომების ერთობლიობა, რომელიც შეიცავს მემკვიდრეობით ფაქტორებს (გენებს);
- ბ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების შემთხვევაში – პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე მას შემდეგ, რაც მას მიეწოდა ინფორმაცია:
 - ბ.ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ;
 - ბ.ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
 - ბ.გ) სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული, პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მოსალოდნელი რისკის შესახებ;
 - ბ.დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკის და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
 - ბ.ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- ბ.ვ) ამ მუხლის „ბ.ა“–„ბ.ე“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებულ ინფორმაციასთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ;
- გ) პალიატიური მკურნალობა – სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქება;
- დ) პაციენტი – ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით;
- ე) პაციენტის ნათესავი – პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენასთან ან მისი სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში;
- ვ) პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი – პაციენტის მეურვე ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;
- ზ) სამედიცინო მომსახურების გამწევი – პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას;
- თ) სამედიცინო მომსახურება – დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ პაციენტისათვის ჩატარებული ნებისმიერი მანიპულაცია და პროცედურა;
- ი) სამედიცინო ჩანაწერები – სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ ქაღალდზე, აგრეთვე ინფორმაციის სხვადასხვა მატარებლებზე, მათ შორის, კომპიუტერში დაფიქსირებული ინფორმაცია პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებით;
- კ) ტერმინალური მდგომარეობა – უკურნებელი დაავადების სიკვდილისწინა სტადია.
- ლ) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ

ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

[ლ) პალიატიური მზრუნველობა – მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურება, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს;

მ) ჰოსპისური მზრუნველობა – პალიატიური მზრუნველობის ნაწილი, განკუთვნილი ინკურაბელური პაციენტებისთვის, რომელთა სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა შეზღუდულია. ჰოსპისურ მზრუნველობას ახორციელებს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალიზებული გუნდი. საჭიროებისამებრ, იგი ხორციელდება როგორც ჰოსპისში, ისე ბინაზე, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში ან მულტიპროფილურ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ჰოსპისური მზრუნველობის დროს დაავადების განკურნებაზე ორიენტირებული სამედიცინო ჩარევები აღარ გამოიყენება და ხორციელდება მხოლოდ დაავადების სიმპტომთა მართვისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ მიმართული სამედიცინო ჩარევები. ბავშვთა მიმართ ჰოსპისური მზრუნველობის დროს შესაძლებელია სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არ შეიზღუდოს და პარალელურად განხორციელდეს ძირითადი დაავადების მკურნალობაზე ორიენტირებული ჩარევები. (ამოქმედდეს 2019 წლის 1 ივნისიდან)]

მუხლი 5

საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა გამწევისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

მუხლი 6

1. პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, 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 ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო აკრძალულია.

2. ამა თუ იმ დაავადებასთან დაკავშირებით პაციენტის უფლებების შეზღუდვის პირობებს განსაზღვრავს საქართველოს კანონმდებლობა.

მუხლი 7

პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას.

მუხლი 8

პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი.

მუხლი 9

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

მუხლი 10

პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს:

- ა) კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომლებიც გამოწვეულია:
 - ა.ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;
 - ა.ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედებით;
 - ა.გ) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;
 - ა.დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით;
- ბ) სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;
- გ) სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.

თავი II. მკურნალობისა და მოვლის უფლება

მუხლი 11

სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

მუხლი 12

1. სახელმწიფო იცავს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე, რომლის გადაუდებლად განხორციელების გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება.

2. თუ პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო სამედიცინო მომსახურების გამწვევს არა აქვს შესაძლებლობა აღმოუჩინოს პაციენტს ასეთი მომსახურება, იგი ვალდებულია მიაწოდოს პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს სრული ინფორმაცია, თუ სად შეიძლება გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღება.

მუხლი 13

1. სახელმწიფო უზრუნველყოფს იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტებს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურებით.

2. იშვიათი დაავადებების ჩამონათვალს განსაზღვრავს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3066 - ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 14

სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ადამიანთა, ტექნიკური, ფინანსური ან/და სხვა რესურსების დეფიციტის შემთხვევაში პოტენციური პაციენტის შერჩევა ხდება მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებით, სხვა ფაქტორების გაუთვალისწინებლად.

მუხლი 15

პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან მოითხოვოს მისი ღირსების, ტრადიციების, აღმსარებლობისა და პიროვნული ფასეულობების პატივისცემა.

თავი III. ინფორმაციის მიღების უფლება

მუხლი 16

1. საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.

2. სახელმწიფო ვალდებულია მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, მიაწოდოს მოქალაქეს ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული ინფორმაცია.

მუხლი 17

1. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან მცირეწლოვანების შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავს და კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ:

ა) გაეცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვონ პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორების შეტანა; სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მიწოდებული ახალი ინფორმაცია;

ბ) მოითხოვონ სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი.

2. სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის, აგრეთვე მათი ასლის მიღების შესახებ მოთხოვნა წერილობით წარედგინება სამედიცინო დაწესებულებას.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 18

1. პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია:

ა) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ;

ბ) საქართველოს კანონმდებლობითა და სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესით განსაზღვრული პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;

გ) განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

დ) სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;

ე) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

ვ) განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ზ) დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;

თ) სამედიცინო მომსახურების გამწევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ.

2. პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მიაყენებს. პაციენტს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, თუ იგი ამას დაჟინებით მოითხოვს.

3. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი მოცულობის შეზღუდვის გადაწყვეტილებას ადასტურებს სამედიცინო ეთიკის კომისია, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებაში ამ უკანასკნელის არარსებობისას – სხვა ექიმი. ინფორმაციის მიუწოდებლობაზე ან მისი მოცულობის შეზღუდვაზე დასაბუთებული გადაწყვეტილება ფიქსირდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

4. თუ პაციენტი მცირეწლოვანია ან არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებულ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების გამწევი პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს აწვდის.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 19

პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს ინფორმაცია მიეწოდებათ მათი აღქმის უნარის გათვალისწინებით. განმარტების მიცემისას სპეციალური ტერმინები მინიმალურად უნდა იქნეს გამოყენებული.

მუხლი 20

პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაციის მიუწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტის ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

მუხლი 21

ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს გადაწყვიტოს, მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დადებითი გადაწყვეტილების მიღებისას მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, რომელსაც ეს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. გადაწყვეტილება და პირის ვინაობა ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

თავი IV. თანხმობა

მუხლი 22

1. სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის მიღება. ინფორმირებული თანხმობის მიღება წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურების გაწევას.

2. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას:

ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა;

ბ) აბორტი;

გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია;

დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;

ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;

ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;

ზ) გენეტიკური ტესტირება;

თ) გენური თერაპია;

ი) სხივური თერაპია;

კ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია;

ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.

3. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება აუცილებელია მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 23

1. ქმედუნარიან და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარიან პაციენტს უფლება აქვს მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, აგრეთვე შეწყვიტოს უკვე დაწყებული სამედიცინო მომსახურება. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის ან მისი შეწყვეტის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ პაციენტი ამომწურავად უნდა იყოს ინფორმირებული.
2. აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარიანი პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო მომსახურების განხორციელება, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი შემთხვევებისა.

მუხლი 24

1. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ, თუ მითითებული გარემოებები გამოწვეულია:
 - ა) განუკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით;
 - ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას.

[1. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს, წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ჩატარების ან/და მის მიმართ პალიატიური მზრუნველობის ან ჰოსპისური მზრუნველობის განხორციელების შესახებ, თუ მითითებული გარემოება გამოწვეულია:

 - ა) განუკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით;
 - ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას. (ამოქმედდეს 2019 წლის 1 ივნისიდან)]
2. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ დაასახელოს პირი, რომელიც ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გარემოებების არსებობისას მიიღებს გადაწყვეტილებას მისთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენის შესახებ.

მუხლი 25

1. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს, სამედიცინო მომსახურების გამწვევს უფლება აქვს, ეს გადაწყვეტილება სასამართლოში გაასაჩივროს.
 2. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევას, რის გარეშეც გარდაუვალია მისი სიკვდილი ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, მაგრამ პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მომბეზვრ ხერხდება, სამედიცინო მომსახურების გამწვევი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების გათვალისწინებით.
 3. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევას, რის გარეშეც გარდაუვალია მისი სიკვდილი, მაგრამ პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების გაწვევის წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების გამწვევი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების გათვალისწინებით.
- საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.*

მუხლი 26

1. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია მისი სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენებას.
2. მხარდაჭერის მიმღები და მცირეწლოვანი პაციენტების სწავლების ობიექტად გამოყენების საკითხები რეგულირდება „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით.
3. პაციენტის თანხმობა არ არის აუცილებელი იმ შემთხვევებში, თუ სასწავლო მიზნით გამოიყენება:
 - ა) პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაცია, რომელიც არ იძლევა პაციენტის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას;

ბ) მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის პროცესში მიღებული მასალა (შარდი, სისხლი, სხვა ქსოვილები), რომლითაც უზრუნველყოფილია პაციენტის ანონიმურობა.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3379 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 26¹

ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტისთვის ტუბერკულოზის სავალდებულო გამოკვლევის ჩატარების შეთავაზებასთან და მის თანხმობასთან დაკავშირებული საკითხები წესრიგდება „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონით.

საქართველოს 2015 წლის 11 დეკემბრის კანონი №4634 - ვებგვერდი, 23.12.2015წ.

თავი V. პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობა და ხელშეუხებლობა

მუხლი 27

სამედიცინო მომსახურების გამწვევი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ.

მუხლი 28

1. სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ:

ა) მიღებულია პაციენტის თანხმობა;

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

გ) სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია;

გ¹) ინფორმაცია ეხება ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის შესაძლო ჩადენის ფაქტს და არსებობს ძალადობის განმეორების საშიშროება. ეს ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ შესაბამის სახელმწიფო ორგანოს პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების დასაცავად;

დ) ამას ითვალისწინებს საქართველოს კანონმდებლობა.

2. სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე სხვა პირებისათვის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობა ნაგულისხმევად შეიძლება ჩაითვალოს.

საქართველოს 2014 წლის 17 ოქტომბრის კანონი №2691 - ვებგვერდი, 31.10.2014 წ.

საქართველოს 2017 წლის 4 მაისის კანონი №775 - ვებგვერდი, 25.05.2017წ.

მუხლი 29

პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ჩარევა აკრძალულია, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა:

ა) ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების დიაგნოსტიკის, მისი მკურნალობისა და მოვლისათვის. ამ შემთხვევებში პაციენტის თანხმობა აუცილებელი პირობაა;

ბ) საფრთხე ექმნება პაციენტის ოჯახის წევრთა ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს;

გ) პაციენტის ან/და მისი ოჯახის წევრის მიმართ ხორციელდება ქალთა მიმართ ძალადობა ან/და ოჯახში ძალადობა და არსებობს ძალადობის განმეორების საშიშროება, თუკი ჩარევა აუცილებელია პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების დასაცავად.

მუხლი 30

სამედიცინო მომსახურების გაწვევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას.

თავი VI. უფლებები გენეტიკური კონსულტაციისა და გენური თერაპიის სფეროში

მუხლი 31

აკრძალულია პირის დისკრიმინაცია გენეტიკური მემკვიდრეობის გამო.

მუხლი 32

დაავადების განმაპირობებელი გენის გამოვლენის ან დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილების განმსაზღვრელი ტესტირება დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი მიზანია:

ა) პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვა;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევა.

მუხლი 33

ადამიანის გენის მოდიფიცირებისათვის განსაზღვრული ჩარევა დასაშვებია მხოლოდ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან პრევენციის მიზნით და თუ იგი არ ითვალისწინებს პაციენტის შთამომავლობის გენომის შეცვლას.

მუხლი 34

აკრძალულია სქესის შერჩევის მიზნით ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია სქესთან შეჭიდული მემკვიდრეობითი დაავადების თავიდან აცილება.

თავი VII. ორსულისა და მემუშური დედის უფლებები

მუხლი 35

ორსულს და მემუშურ დედას უფლება აქვთ სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია ორსულობის, მშობიარობის ან ლოგინობის პერიოდში დაგეგმილი ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის შემთხვევაში ნაყოფზე ან ახალშობილზე შესაძლო პირდაპირი ან ირიბი მავნე ზემოქმედების შესახებ.

მუხლი 36

1. მშობიარეს უფლება აქვს მიიღოს გადაწყვეტილება მისთვის და ნაყოფისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ, გარდა ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.
2. მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას და რომელიც მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია.

მუხლი 37

მშობიარეს უფლება აქვს მშობიარობის დროს გვერდით იყოლიოს მეუღლე ან სხვა მისთვის სასურველი პირი.

მუხლი 38

მელოგინე ქალს უფლება აქვს გვერდით იყოლიოს ახალშობილი, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწვევი, ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით მის სხვაგან გადაყვანას არ გადაწყვეტს, აგრეთვე საკუთარი შეხედულებისამებრ კვებოს ახალშობილი.

თავი VIII. არასრულწლოვანის უფლებები

მუხლი 39

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა არასრულწლოვანისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

მუხლი 40

1. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის, ამ კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია.
2. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუ ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია:
ა) არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ქმედუნარიანად ითვლება;
ბ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით;
გ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით, სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკის მიზნით, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკისას დადებითი შედეგი გამოვლინდა. ამ შემთხვევაში 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, თუ არსებობს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა ამ ინფორმაციის მიწოდებაზე ან/და პაციენტი უარს აცხადებს შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებაზე და პაციენტი, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ქმედუნარიანად არ ითვლება.

3. ამ მუხლის მე-2 პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ინფორმირების წესს განსაზღვრავს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.

საქართველოს 2015 წლის 28 მაისის კანონი №3609 - ვებგვერდი, 04.06.2015წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3066 - ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 41

1. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც, სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით, სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს, ინფორმირებული თანხმობა განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე, თუ მან სამედიცინო მომსახურების გამწევს ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ან „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მიზნით მიმართა.

2. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება გაეწევა მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა; ამასთანავე, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობა მისი ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

3. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც, სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით, სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს, ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე. პაციენტის ამ გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 42

1. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

2. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობით. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 43

არასრულწლოვან პაციენტს აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მიღების უფლება. მიწოდებული ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს მის ასაკსა და გონებრივი განვითარების დონეს.

თავი IX. სამხედრო მოსამსახურის, წვევამდელისა და სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით დაქირავებულის უფლებები

მუხლი 44

სამხედრო მოსამსახურეს, წვევამდელსა და სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით დაქირავებულს ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრისათვის აქვთ დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის მოთხოვნისა და ჩატარების უფლება.

თავი X. პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირის უფლებები

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2703-სსმ, №12, 24.03.2010წ., მუხ.45

საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3551 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 45

1. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისათვის უზრუნველყოფილია სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

2. პირს უფლება აქვს, პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისთანავე მოითხოვოს სათანადო სამედიცინო გამოკვლევის, დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება, აგრეთვე საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო მომსახურების გაწევა.

მუხლი 46

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა უფლებით.

მუხლი 47

პენიტენციური დაწესებულების დირექტორს შეუძლია ამ დაწესებულებაში მოთავსებულ პირს შეუზღუდოს სამედიცინო მომსახურების გამწევის არჩევის უფლება. ეს გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს სასამართლოში.

თავი XI. დასკვნითი დებულება

მუხლი 48

ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი ედუარდ შევარდნაძე
თბილისი,
2000 წლის 5 მაისი.